

## Ginekolodzy i urolodzy:

NIE dla badania urodynamicznego przy wypisywaniu recept na leki



## O problemie nietrzymania moczu wieloaspektowo

Relacja z obchodów 7. Światowego Tygodnia Kontynencji w Polsce



## Wytyczne zespołu ekspertów dotyczące leczenia OAB

Fot. #79979044 © lenetsnikolai - Fotolia.com

## Joga jako rodzaj aktywności fizycznej wspomagający terapię nietrzymania moczu



Fot. #90804057 © djonimo - Fotolia.com



## Polskie Towarzystwo Urologiczne na rzecz pacjentów

Podsumowanie kadencji prof. Zbigniewa Wolskiego

# Wyborcze dylematy

To, że w obietnicach polityków nie warto wierzyć, wie zdecydowana większość z nas. Taką zdystansowaną postawę szczególnie warto zachować wobec obietnic sformułowanych podczas kampanii wyborczych. To okres, gdzie często emocje wygrywiają ze zdrowym rozsądkiem, a za werbalnymi deklaracjami kryje się często zwykły cynizm.

Z coraz większym zażenowaniem obserwuję, jak partie próbują nas przekonać do swoich pomysłów na służbę zdrowia. Niestety łączy je tylko jedno. Brak, często elementarnej, wiedzy na temat funkcjonowania systemu. Kiedy słyszę, jak premier Kopacz przedstawia słynny już program Senior-Vigor jako remedium na starzejące się społeczeństwo, to myślę o tych wszystkich starszych osobach, którym brakuje pieniędzy na zwykłe środki absorpcyjne. Czy takie osoby odważą się pójść do pachnącego nowością dziennego ośrodka? Obarwiam się, że nadal będą przebywać w domu coraz bardziej izolując się od społeczeństwa. A my, gdy już trafią do szpitala, nadal będziemy składać się na ich leczenie. Równie nieprzemysłane są pomysły głównej partii opozycyjnej, mówiące o zlikwidowaniu NFZ czy wprowadzeniu darmowych leków dla seniorów. Czy samo przekładanie finansów z jednego miejsca na drugie poprawi sytuację w ochronie zdrowia? Czy rozdawnictwo leków poprawi stan zdrowia naszych seniorów? Czy nie skończy się to jeszcze większym odsetkiem osób starszych, które trafią na

nieliczne przecież oddziały geriatryczne z powodu interakcji leków, których zażyły zbyt wiele?

Mniejsze partie też nie mają pomysłu na służbę zdrowia. PSL już chyba całkowicie o niej zapomniało, zostawiając te problemy innym. Lewica, która powinna być szczególnie wrażliwa na ten obszar życia, nie proponuje nic sensownego oprócz nawoływania do zwiększenia wydatków w tym obszarze (ponownie darmowe leki dla seniora) i sprzeciwu wobec ich limitowania. Nowoczesna Ryszarda Petru, nie proponuje nic konkretnego oprócz bardzo ogólnych, miłych dla ucha, sloganów. Nawołuje jednak do „rozpoczęcia dyskusji o zmianie systemu w dłuższej perspektywie oraz (...) szerokich społecznych konsultacji, jak skonstruować go na nowych, lepszych zasadach”. To przynajmniej jest uczciwe. Nie znają się na zdrowiu, ale chcą słuchać, dyskutować i szukać optymalnych rozwiązań. O komitecie Kukiza trudno cokolwiek napisać, skoro jego lider ogłosił, że programu nie ma i nie zamierza mieć.

Dla osób z NTM kierowanie się, przy wyborze partii oraz jej kandydatów, swoją chorobą, może więc być ekstremalnie trudne. Tym niemniej na wybory warto i trzeba iść. Nawet jeżeli wybierając naszych przedstawicieli, kierować się będziemy przede wszystkim intuicją.

Tomasz Michatek





## SPIS TREŚCI

## NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

O problemie nietrzymania moczu wieloaspektowo.

Relacja z obchodów 7. Światowego Tygodnia Kontynencji w Polsce.....	4-6
Raport: Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2015.....	7-8

## OPIEKA I PIELEGNACJA

Dogonić demografię. I Forum Rynku Seniora.....	9
Nowa jakość życia na Targach 55 plus.....	10
Ginekologdy i urologdy: NIE dla badania urodynamicznego przy wypisywaniu recept na leki.....	11
Dostęp do zaopatrzenia w wyroby medyczne.....	11

## WYWIAD

Polskie Towarzystwo Urologiczne na rzecz pacjentów. Podsumowanie kadencji prof. Zbigniewa Wolskiego jako prezesa PTU.....	12-14
---	-------

## LECZENIE NTM

Operacje z użyciem taśm w woj. lubuskim.....	14
Tradycja i nowoczesność. Klinika Urologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.....	15
Wytyczne zespołu ekspertów dotyczące leczenia OAB.....	16-17

## PROFILAKTYKA I REHABILITACJA

Joga jako rodzaj aktywności fizycznej wspomagający terapię nietrzymania moczu.....	18-19
--	-------

## DIAGNOSTYKA

Diagnostyka fizjoterapeutyczna zaburzeń kontynencji - rola dziennika mikcji.....	20-21
Pracownie urodynamiczne w woj. małopolskim.....	21

## ORGANIZACJE

Nie ma tematów tabu, są tylko niepopularne, czyli otwarcie i odważnie o kobiecych potrzebach i problemach.....	22
--	----

Szanowni Państwo,

W tym roku już po raz siódmy obchodziliśmy Światowy Tydzień Kontynencji, który ma na celu popularyzowanie problematyki nietrzymania moczu (NTM). Światowy Tydzień Kontynencji organizowany jest w różnych krajach od 2009 roku. W ramach inauguracji Światowego Tygodnia w Polsce, Stowarzyszenie Osób z NTM „Uro-Conti”, we współpracy z Fundacją Ogólnopolskie Porozumienie Uniwersytetów III Wieku, zorganizowało ogólnopolską konferencję, pt. „Pacjent z NTM - potrzeby a rzeczywistość”. Więcej o tym wydarzeniu dowiedzą się Państwo z relacji Natalii Klein (str. 4).

W ramach tegorocznych obchodów Światowego Tygodnia Kontynencji, powstała również kolejna, czwarta już edycja raportu pt. „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2015”. Autorzy raportu starają się odpowiedzieć m.in. na pytania: „Jaki wpływ na sytuację osób cierpiących na NTM ma obecna polityka refundacyjna państwa?” oraz „Czy pacjenci w Polsce mają dostęp do optymalnych terapii, zgodnych z najnowszą wiedzą medyczną i standardami europejskimi?”. Więcej na temat raportu znajdą Państwo w artykule na str. 7.

W bieżącym numerze nie zabrakło również tematów dotyczących rozwoju rynku senioralnego oraz opieki długoterminowej w Polsce. Marzena Michalek zrelacjonowała wystąpienia ekspertów, którzy podczas Targów 55 plus oraz I Forum Rynku Seniora dyskutowali na temat świadczeń medycznych oraz opiekuńczych dla osób starszych i niesamodzielnych, polityki senioralnej oraz sposobach jej finansowania (str. 9 i 10).

Zachęcam Państwa również do przeczytania wywiadu z prof. Zbigniewem Wolskim (str. 12) - ustępującym prezesem Polskiego Towarzystwa Urologii, w którym znajduje się podsumowanie najistotniejszych wydarzeń oraz działań, jakie miały miejsce podczas trzyletniej kadencji profesora.

Polecam Państwu również artykuł Anny Ciepeli (str. 16) pt. „Wytyczne zespołu ekspertów dotyczące leczenia OAB”, w którym opisane zostały najnowsze metody leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego wg. wytycznych ekspertów z dziedziny urologii oraz ginekologii. Pamiętając również, jak ważna jest profilaktyka i rehabilitacja w leczeniu nietrzymania moczu, zachęcam do przeczytania artykułu Marii Nasiotowskiej (str. 18), w którym autorka ukazuje jogę jako rodzaj aktywności fizycznej wspomagającej terapię tego schorzenia.

Zapraszam do lektury!  
Monika Gackiewicz

**Redaktor naczelny:** Tomasz Michalek; **Redaktor wydania:** Monika Gackiewicz;  
**Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepeli;  
**Konsultant medyczny:** dr n. med. Mariusz Blewniewski - Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi;  
**Zespół redakcyjny:** Anna Ciepeli, Natalia Klein, Magdalena Kowalewska, Marzena Michalek, Magdalena Potoczek, Katarzyna Walewska;  
**Komentatorzy:** Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz;  
**Korekta:** Marzena Michalek; **Zdjęcia:** ©Fotolia www.fotolia.com, Marcin Kołaczek;  
**Rysunki:** Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

**Adres redakcji:** ul. Hajoty 49, 01-821 Warszawa, tel.: (22) 279 49 07, faks: (22) 279 49 10, e-mail: ntm@ntm.pl

**Infolinia:**  
**801 800 038** (dla telefonów stacjonarnych)  
**22 279 49 08** (dla telefonów komórkowych)  
**www.ntm.pl**

**Wydawca:** Studio PR  
**Realizacja Wydawnicza:** OI&O Sp. z o.o.  
**Druk:** Kunke Poligrafia

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów. Nakład: 3000 egzemplarzy.

# O problemie nietrzymania moczu wieloaspektowo.

## Relacja z obchodów 7. Światowego Tygodnia Kontynencji w Polsce

Natalia Klein



**W**ostatnim tygodniu czerwca na całym świecie odbywał się Światowy Tydzień Kontynencji (ang. World Continence Week, WCW). Jest to inicjatywa Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ang. International Continence Society), która ma na celu popularyzowanie problematyki nietrzymania moczu, podnoszenie świadomości społecznej na temat tej



Otwarcie Konferencji Pacjent z NTM - potrzeby a rzeczywistość

Fot. Marcin Kolaček

dolegliwości oraz promowanie interdyscyplinarnego podejścia do leczenia NTM. Światowy Tydzień Kontynencji, organizowany w różnych krajach od 2009 roku, na całym świecie jest okazją do otwartej rozmowy na temat tego, wciąż uznawanego za wstydlivy, problemu. Już po raz siódmy, w dniach 22-28 czerwca, Światowy Tydzień Kontynencji był obchodzony także w Polsce. W sposób szczególny, w obchody WCW zaangażowane jest w naszym kraju Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”. Jak zauważyła prezes Stowarzyszenia „UroConti”, Anna Sarbak (...) *cieszymy się, że po raz kolejny możemy wziąć czynny udział w Światowym Tygodniu Kontynencji. Dzięki różnym aktywnościom i wydarzeniom, tematyka*

*nietrzymania moczu oraz problemów licznej grupy pacjentów cierpiących na to schorzenie ma szansę dotrzeć do opinii publicznej i przełamać tabu dotyczące nietrzymania moczu.*

### Konferencja Pacjent z NTM - potrzeby a rzeczywistość inauguracyjną WCW

Inauguracją tegorocznego Tygodnia Kontynencji w Polsce była ogólnopolska konferencja Stowarzyszenia „UroConti”, zorganizowana we współpracy z Federacją Uniwersytetów Trzeciego Wieku, zatytułowana „Pacjent z NTM - potrzeby a rzeczywistość”, która odbyła się 22 czerwca 2015 roku w Szkole Głównej Handlowej w Warszawie. Konferencja zgromadziła gości reprezentujących różne instytucje i środowiska, między innymi przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Biura Rzecznika Praw Pacjenta, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Wzięli w niej udział również eksperci medyczni, członkowie Stowarzyszenia „UroConti”, reprezentujący 8 oddziałów: Bydgoszcz, Gdańsk, Kielce, Łódź, Lublin, Poznań, Warszawę, Wrocław, a także reprezentanci innych organizacji pacjenckich, m.in. Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych, Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, Stowarzyszenia Kobiet z problemami onkologiczno-ginekologicznymi Magnolia, Europejskiej Fundacji Opieki, Polskiego Towarzystwa Stomijnego czy Stowarzyszenia Od Pasa w Dół. Celem konferencji było zwrócenie uwagi na ważność problemu, jakim w obliczu starzejącego się społeczeństwa, jest nietrzymanie moczu. Jak zauważyła bowiem prezes Anna Sarbak, otwierając spotkanie (...) *problem pęcherza nadreaktywnego i w ogóle nietrzymania moczu jest zjawiskiem o ogromnej skali. Szacuje się, że w Polsce około 10% społeczeństwa ma takie przypadłości. Podczas konferencji zagadnienie nietrzymania moczu zostało omówione wieloaspektowo: w płaszczyźnie medycznej, społecznej i ekonomicznej. Szeroko analizowano trudności i ograniczenia w diagnostyce, leczeniu i dostępie do środków absorpcyjnych, którym obecnie muszą stawiąć czoła pacjenci zmagający się z NTM w Polsce. Omówiono także propozycje rozwiązań, które mogą przyczynić się do poprawy sytuacji chorych. Powyższe tematy prezentowali w swoich wystąpieniach eksperci z dziedziny medycyny, opieki długoterminowej i wyrobów medycznych: prof. Tomasz Rechberger, prof. Zbi-*

gniew Wolski, dr Paweł Miotła, dr Jakub Gierczyński, dr Elżbieta Szałkiewicz oraz Krystyna Lewkowicz z Federacji Uniwersytetów Trzeciego Wieku, a także gość specjalny konferencji - Mary Lynne van Poelgeest-Pomfret, Prezes Rady Wykonawczej WFIP (Międzynarodowej Federacji Pacjentów z Nietrzymaniem Moczku). Konferencję poprowadził redaktor naczelny Kwartalnika NTM, Tomasz Michałek.

### Problem NTM globalnie i lokalnie

Dzięki obecności gościa specjalnego, Mary Lynne van Poelgeest-Pomfret, słuchacze mieli okazję dowiedzieć się, jak wygląda leczenie i opieka nad pacjentami z NTM w innych krajach europejskich. Przywołując dane zebrane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), prelegentka wskazała, że zgodnie z tendencjami demograficznymi, w niedługim czasie nietrzymanie moczu stanie się jednym z dziesięciu najczęściej spotykanych schorzeń na świecie. Zauważyła także, że wprowadzenie wysokich standardów opieki nad pacjentami z nietrzymaniem moczu przyczynia się do możliwości dłuższego i bardziej efektywnego funkcjonowania na rynku pracy, co z kolei przekłada się na ekonomiczne korzyści dla państwa.

Kwestię standardów leczenia, które powinny obowiązywać także w naszym kraju, analizowali szeroko również inni prelegenci konferencji. Profesor Tomasz Rechberger, kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, w ramach omawiania substancji leczniczych stosowanych w farmakoterapii zespołu pęcherza nadreaktywnego, zwrócił uwagę, że nie wszystkie leki działają tak samo, istnieją jednak preparaty, które charakteryzują się wysoką efektywnością kliniczną w leczeniu OAB. Leki te, niedostępne w ramach refundacji w Polsce (np. mirabegron), określił mianem nowej ery w leczeniu OAB. Rozwijając wątek leczenia specjalistycznego podkreślił, że w przypadku braku poprawy lub bardzo nasilonych objawów ubocznych związanych z podawaniem leków antycholinergicznymi, pacjenci powinni mieć możliwość skorzystania z innych, specjalistycznych procedur terapeutycznych (neuromodulacja korzeni krzyżowych, wykorzystanie toksyny botulinowej). Jak zauważył jednak profesor Zbigniew Wolski, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, także odwołując się do nowoczesnych metod leczniczych (...) *nie wszystkie procedury, zarówno diagnostyczne, jak i lecznicze, są finansowane z ubezpieczenia Narodowego Funduszu Zdrowia. Przykładem jest nietrzymanie moczu w dysfunkcji neurogennej pęcherza, którą z powodzeniem potrafimy opanować, poprzez zastosowanie neuromodulacji korzeni krzyżowych, bardzo nowoczesnej metody poprawy czynności mikcyjnych u kobiet, jak i u mężczyzn.* To w bydgoskiej klinice, kierowanej przez prof. Wolskiego odbyły się w zeszłym roku dwa pokazowe zabiegi

z wykorzystaniem tej metody.



Prof. Tomasz Rechberger, Kierownik Kliniki Ginekologii Operacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Fot. Marcin Kolaček

### Warunek wykonywania badania urodynamicznego - polskie kuriozum

Ważnym wątkiem, który powracał w wystąpieniach wielu prelegentów, był także obowiązujący wymóg wykonywania przez pacjentów badania urodynamicznego jako warunek uzyskania refundowanych leków na pęcherz nadreaktywny. Jak zauważył doktor Paweł Miotła, specjalista ginekolog z Kliniki Ginekologii Operacyjnej Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie, dla celów podstawowej diagnozy pacjenta, wystarczające są inne, mniej inwazyjne metody, takie jak szczegółowy wywiad choroby, dzienniczek mikcji czy próba kaszlowa. Dr Miotła przywołał także interesujące wyniki badań, które wyka-



Dr Paweł Miotła, Klinika Ginekologii Operacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Fot. Marcin Kolaček

zały, że podczas badania urodynamicznego wykonanego u zdrowych pacjentów, OAB zostało stwierdzone u 10-20% badanych osób. Podsumowując swoje wystąpienie, doktor Paweł Miotła podkreślił (...) *badanie urodynamiczne dostarcza cennych informacji na temat podłoża dole-*



gliwości, ale powinno być traktowane jako uzupełnienie, a nie alternatywa dla innych, nieinwazyjnych metod diagnostycznych. Musimy też pamiętać, że interpretacja wyników badania urodynamicznego jest w pewnym stopniu subiektywna. Reprezentując głos pacjentów, Anna Sarbak zauważyła, że zniesienie obowiązku wykonywania badania urodyna-



Mary Lynne van Poelgeest-Pomfret, Prezes Rady Wykonawczej WFIP (Międzynarodowej Federacji Pacjentów z Nietrzymaniem Mocz)

Fot. Marcin Kolać

micznego jako warunku otrzymania leków refundowanych w zespole pęcherza nadreaktywnego jest jednym z najważniejszych postulatów Stowarzyszenia „UroConti”, o które stowarzyszenie intensywnie zabiega od kilku lat.

## Standardy opieki nad pacjentem z NTM

Istotnym tematem konferencji „UroConti” były także zagadnienia związane z opieką nad pacjentami z NTM oraz dostępnością środków absorpcyjnych. Elżbieta Szwałkiewicz, przewodnicząca Koalicji „Na pomoc niesamodzielny”, w swojej prezentacji nakreśliła liczne zalety, jakie wynikają z zachowania wysokich standardów opieki nad pacjentem z NTM. Omawiając zasady doboru środków absorpcyjnych, Szwałkiewicz zaznaczyła, że w celu wyboru optymalnego środka, powinno się uwzględnić szereg czynników: nie tylko chłonność czy rozmiar produktu, ale także, między innymi, sposób mocowania, zabezpieczenie przed wyciekaniem oraz dostosowanie środka do sprawności, aktywności, trybu życia, preferencji pacjenta. Jednakże, jak zauważyła (...) *produkty absorpcyjne nie mogą być traktowane jako alternatywa korzystania z toalety, ale jako zabezpieczenie skóry i bielizny. Trzeba zachęcać pacjenta do treningu toaletowego i oddawania moczu w pozycji fizjologicznej, z zachowaniem intymności i w miejscu do tego przeznaczonym. Zdecydowanie poprawia to jakość życia chorego.* O korzyściach płynących z wprowadzenia standardów opieki nad pacjentem z NTM mówił w swoim wystąpieniu także dr Jakub Gierczyński z Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego w Warsza-

wie. Jak zauważył, dla poprawy warunków życia osób z NTM w Polsce powinno się m.in. opracować wieloletni narodowy program, który zagwarantowałby chorym z nietrzymaniem moczu optymalną opiekę medyczną i socjalną, dostęp do wszystkich technologii medycznych o udowodnionej skuteczności, a także pomoc psychologiczną na każdym etapie. Prelegent zwracał uwagę również na korzyści ekonomiczne, z którymi wiązałyby się wdrożenie powyższego systemu zarządzania problemem NTM.

## Regionalne aktywności Stowarzyszenia „UroConti”

Jak co roku, Światowy Tydzień Kontynencji obchodzony był także w innych polskich miastach. W tym roku oddziały Stowarzyszenia „UroConti”, m.in. w Łodzi, Gdańsku czy w Lublinie zorganizowały wykłady poświęcone tematyce nietrzymania moczu, wygłoszone przez lekarzy specjalistów oraz rehabilitantów, między innymi „Nowoczesne metody leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu” czy „Trening mięśni dna miednicy - od niego zacznij”. W kilku miastach - siedzibach oddziałów regionalnych Stowarzyszenia miały miejsce także spotkania edukacyjno-informacyjne dotyczące przyczyn powstawania NTM, rodzajów nietrzymania moczu, możliwych metod leczenia oraz roli ćwiczeń w leczeniu wysiłkowej postaci nietrzymania moczu. We wszystkich oddziałach Stowarzyszenia „UroConti” zorganizowano także praktyczne warsztaty, obejmujące ćwiczenia wzmacniające mięśnie Kegla oraz naukę zachowań w życiu codziennym, które przeciwdziałają pogłębianiu dysfunkcji mięśni dna miednicy.

Członkowie Stowarzyszenia „UroConti” z oddziału lubelskiego w ramach Światowego Tygodnia Kontynencji zorganizowali także odwiedziny w lokalnych ośrodkach pomocy społecznej, gdzie informowali o problemie nietrzymania moczu oraz o sposobach radzenia sobie z tą przypadłością.

## Poradnik dla pacjentów z OAB - terapia krok po kroku

W ramach Światowego Tygodnia Kontynencji, wydany został również poradnik dla pacjenta z OAB, przedstawiający rekomendowany schemat leczenia chorych z zespołem pęcherza nadreaktywnego. W poradniku opisane zostały metody terapeutyczne, które powinny być zastosowane na różnych stadiach leczenia OAB, w większości nieobjęte w Polsce refundacją, m.in.: terapia II rzutu z użyciem substancji leczniczych - agonistów receptorów beta-3-andrenergicznych czy terapia IV rzutu z użyciem zabiegu neuromodulacji korzeni krzyżowych. Dzięki wydarzeniom, a także publikacjom wydanym w ramach Światowego Tygodnia Kontynencji, złożona i wciąż uważana za wstydliwą tematyka nietrzymania moczu po raz kolejny miała szansę trafić na szerokie forum opinii publicznej.

# RAPORT: Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2015

Monika Gackiewicz

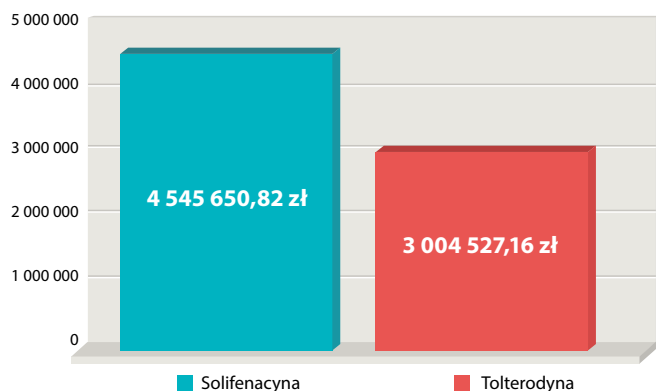
Zapobieganie i leczenie zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych, w tym nietrzymania moczu (NTM), stało się ogromnym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia. W ramach tegorocznych obchodów Światowego Tygodnia Kontynencji (z ang. World Continence Week, WCW), powstała kolejna, czwarta już edycja raportu pt. „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2015”. Raport jest próbą odpowiedzi m.in. na pytania: „Jaki wpływ na sytuację osób cierpiących na NTM ma obecna polityka refundacyjna państwa?” oraz „Czy pacjenci w Polsce mają dostęp do optymalnych terapii, zgodnych z najnowszą wiedzą medyczną i standardami europejskimi?”. Pełną treść dokumentu można pobrać na stronie [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl).

## Społeczne i ekonomiczne koszty NTM

Analizując wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) pod kątem kosztów związanych z leczeniem i utrzymaniem higieny u pacjentów z nietrzymaniem moczu, autorzy raportu zwracają uwagę przede wszystkim na koszty refundowanej diagnostyki związanej z nietrzymaniem moczu, które przewyższają koszty refundacji samego leczenia farmakologicznego.

Jak czytamy w raporcie, badanie urodynamiczne z punktu widzenia medycznego, socjoekonomicznego, jak i naukowego nie jest uzasadnione. Wprowadzanie sztucznych

## Koszty refundacji leków na NTM w 2014 r.

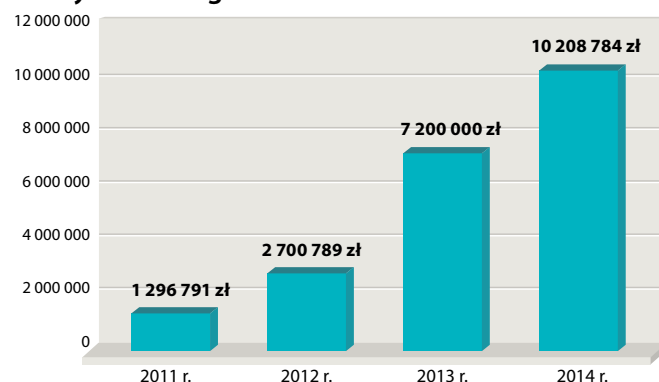


Źródło: Raport „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2015”

barrier w dostępie do leków, przynosi jedynie pozorne oszczędności, które nie chronią budżetu NFZ, a wręcz przeciwnie - narażają go na niepotrzebne wydatki. W 2014 roku wykonano około 25 tys. badań urodynamicznych, które kosztowały NFZ ponad 10 mln zł. Tymczasem, wg danych NFZ, w 2014 r. na refundację leków na pęcherz nadreaktywny NFZ przeznaczył jedynie 7,5 mln zł.

Ponadto, osoby aktywne zawodowo, cierpiące na NTM, są narażone na obniżenie efektywności pracy oraz na absencję spowodowaną problemami jakie niesie za sobą NTM, co dodatkowo obciąża budżet państwa. Koszt z racji utraty produktywności w wyniku NTM w 2014 r. wyniósł 1,9 mld zł.

## Koszt poniesiony przez NFZ na wykonanie badania urodynamicznego



Źródło: Raport „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2015”

## Rekomendowany schemat leczenia

Nietrzymaniem moczu dotkniętych jest w Polsce ok. 10-15% populacji. Odsetek osób z NTM rośnie wraz z wiekiem. Tymczasem polski pacjent może liczyć na 100% refundację jedynie w przypadku, gdy cierpi na NTM lub nietrzymanie moczu z parcia. Chorzy, u których zdiagnozowano nietrzymanie moczu z parcia, w tym zespół pęcherza nadreaktywnego, mogą otrzymać refundację jedynie dwóch substancji należących do grupy leków antycholinergicznymi: tolterodyny oraz solifenacyny.

Zdaniem autorów raportu, brak refundacji innych substancji stanowi poważną barierę dla dużej części chorych, u których niepowodzeniem zakończyła się terapia za pomocą leków antycholinergicznymi. Alternatywą w tym przypadku mogą być leki nowszej generacji, zwłaszcza że na świecie w leczeniu farmakologicznym, coraz bardziej popularne staje się leczenie skojarzone, polegające na łączeniu dwóch substancji leczniczych - dla przykładu, solifenacyny oraz mirabegronu.

W przypadku niepowodzenia farmakoterapii oraz iniekcji toksyny botulinowej do ściany pęcherza moczowego, kolejnym krokiem w rekomendowanym schemacie leczenia jest neuromodulacja korzeni krzyżowych. Jednakże, jak czytamy w raporcie, Polski system refundacji nie zapewnia możliwości skorzystania z tego małoinwazyjnego zabiegu, pomimo że stosowany jest on na świecie od ponad 20 lat oraz rekomendowany m.in. przez Międzynarodowe Towarzystwo

rzystwo Kontynencji (ICS) oraz Europejskie Towarzystwo Urologiczne (EAU) w ramach leczenia pacjentów z mieszanym nietrzymaniem moczu lub pęcherzem nadreaktywnym, u których inne formy terapii okazały się nieskuteczne. Jak czytamy w raporcie, metoda ta stosowana z sukcesem przy ciężkiej postaci NTM, powinna być alternatywą dla wysokoinwazyjnych zabiegów chirurgicznych, takich jak np. usunięcie pęcherza. Niestety, zabieg ten nie jest refundowany oraz przeprowadzany w Polsce, mimo że sam wniosek o refundację został złożony już w 2011 roku, a w 2014 ukazała się pozytywna rekomendacja AOTMiT w sprawie zakwalifikowania świadczenia: „Neuromodulacja krzyżowa w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych”, jako świadczenia gwarantowanego, w zakresie leczenia szpitalnego.

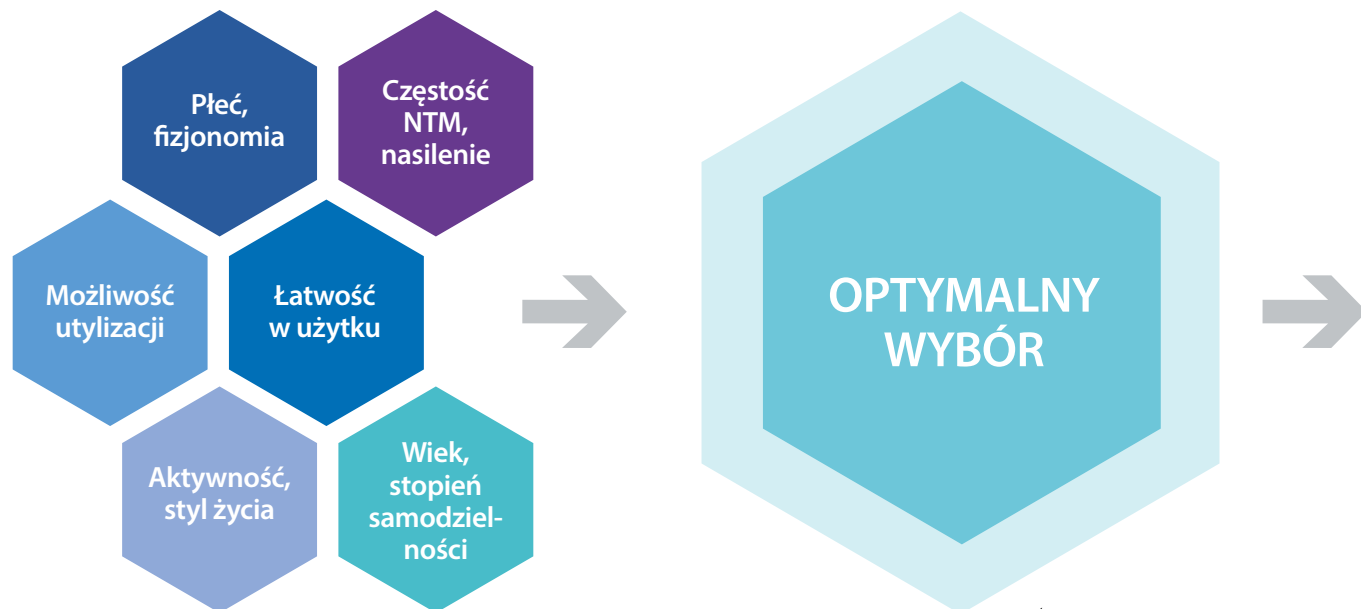
## Środki absorpcyjne - na każdym etapie leczenia

Niezależnie od ścieżki terapeutycznej pacjenta cierpiącego na NTM, zdaniem specjalistów niezbędne dla dobrego przebiegu procesu leczenia jest zaopatrzenie pacjenta w środki absorpcyjne na wszystkich etapach leczenia. Niemniej jednak, jak czytamy w raporcie, pacjent w Polsce napotyka bariery w postaci bardzo restrykcyjnego kryterium chorobowego (obowiązujące rozporządzenie wprowadza nietrzymanie moczu jako kryterium chorobowe uprawniające do refundacji, ale warunkowo - osoba z NTM musi

nowych pomysłów na zmiany w refundacji środków absorpcyjnych. Jest to spowodowane poszukiwaniem ograniczenia wydatków na tę grupę produktów, co wydaje się być kierunkiem niezrozumiałym w obliczu prognozowanych zmian demograficznych. Zdaniem autorów raportu ryzykowny jest również pomysł przeniesienia refundacji środków absorpcyjnych na recepty. Jak czytamy w opracowaniu: *Obecny system refundacji środków pozostawia pacjentowi swobodę wyboru i zapewnia możliwość uwzględnienia, przy wyborze środka absorpcyjnego, powyższych, indywidualnych czynników. Dzieje się tak między innymi dlatego, że chory lub opiekun mogą uzyskać poradę i pomoc w wyborze produktów absorpcyjnych w sklepach medycznych i aptekach, pomimo braku rozwiniętej opieki farmaceutycznej i samodzielnie podjąć decyzję, jaki produkt/jakie produkty będą dla niego najlepsze.*

*Możliwość dobrania optymalnej liczby, rodzaju i rozmiarów środków absorpcyjnych jest kluczowa dla uzyskania efektu jakości życia pacjenta. Co warto podkreślić, nie jest też to neutralne dla budżetu państwa. Odpowiednio dobrany produkt ochrania bowiem skórę pacjenta i chroni przed powikłaniami (m.in. odleżynami czy ranami), których leczenie jest bardzo drogie i zazwyczaj obciąża budżet Narodowego Funduszu Zdrowia. Jakość i możliwość indywidualnego doboru środka absorpcyjnego stanowi zatem inwestycję zarówno dla pacjenta, jak i dla państwa.*

## Wybrane kryteria doboru środków absorpcyjnych zgodnie z ISO 15621



Źródło: Raport „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2015”

posiadać dodatkowo jedną z chorób współistniejących wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia), niskich limitów cenowych (pacjent dopłaca 30%) oraz ilościowych (60 sztuk na miesiąc), a także ograniczonej listy lekarzy uprawnionych do wystawiania zleceń na środki absorpcyjne (np. spośród ginekologów tylko ginekolog onkologiczny ma takie uprawnienie).

Ponadto, ostatni rok charakteryzował się pojawieniem się

Przy indywidualnym wyborze optymalnego środka spośród tak dużego asortymentu, dokonywanym przez pacjenta i opiekuna, powinien być uwzględniany szereg czynników. Optymalny model zaopatrzenia w środki absorpcyjne, zgodny z normą ISO 15621, obejmuje ponad 20 kryteriów doboru, które powinny być brane pod uwagę przy wyborze środków absorpcyjnych zgodnie z osobistymi preferencjami chorego.



# Dogonić demografię. I Forum Rynku Seniora

Marzena Michalek

**P**olityka senioralna, zagadnienia z zakresu geriatry, gerontologii i opieki długoterminowej, sposoby jej finansowania oraz różne aspekty tzw. srebrnego rynku były przedmiotem I Forum Rynku Seniora, które odbyło się 18 czerwca br. w Warszawie.

Wśród zaproszonych gości znalazło się wielu wybitnych specjalistów z zakresu polityki zdrowotnej i społecznej oraz medycyny takich jak: prof. Barbara Bień - Kierownik Kliniki Geriatrii w Białymstoku, Jacek Imiela - Krajowy Konsultant w Dziedzinie Chorób Wewnętrznych, Tomasz Latos - Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia, Krysztyna Lewkowicz - Prezes Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku, Michał Szczerba z Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej, Elżbieta Szwałkiewicz - przewodnicząca Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, były Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych, Mirosław Wysocki - Krajowy Konsultant w Dziedzinie Zdrowia Publicznego oraz wielu innych.

Podczas panelu poświęconego polityce senioralnej, szczególnie wyraziście grzmiał głos posła Michała Szczerby z Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej, który odniósł się do wielu zagadnień związanych z koordynacją polityki senioralnej na szczeblu rządowym w Polsce. Ostateczny kształt tych działań zostanie zapisany w projekcie ustawy o monitorowaniu sytuacji osób starszych, której celem ma być nałożenie na prezesa rady ministrów obowiązku przedstawiania w Sejmie rocznego, interdyscyplinarnego raportu poświęconego sytuacji osób starszych w Polsce. Będzie to o tyle łatwiejsze, gdyż od 30 listopada 2013 roku samorządy

mają możliwość powoływania Rad Seniorów, które mogą dostarczać cennych danych. Taki raport otrzymują od lat członkowie Bundestagu w Niemczech, dzięki czemu mogą na bieżąco monitorować sytuację na rynku senioralnym. Innym, integracyjnym przedsięwzięciem mają być, przewidziane na 1 października 2015 roku, obrady I Ogólnopolskiego Parlamentu Seniorów, gdzie 460 delegatów przedstawi swoje postulaty w obecności marszałka sejmu i ministrów. W przygotowywaniu rocznego raportu poświęconego sytuacji osób starszych mogłyby pomóc planowane instytuty Geriatrii i Gerontologii Społecznej. Takie Instytuty już od dawna istnieją w Europie, czego przykładem

jest niemieckie Centrum Badań nad Starością.

Na poważne braki kadrowe wśród pielęgniarek i lekarzy zwrócił uwagę prof. Mirosław Wysocki - Konsultant Krajowy w Dziedzinie Zdrowia Publicznego. Jego zdaniem tylko stworzenie map potrzeb zdrowotnych oraz, będąca w fazie projektu, ustawa o zdrowiu publicznym pozwoli lepiej skoordynować i zaplanować działania na rzecz leczenia i opieki nad osobami starszymi.

Poważne zastrzeżenia do opieki długoterminowej w Polsce wyraziła Elżbieta Szwałkiewicz - była Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych. Podkreśliła, że istniejący system

został w Polsce stworzony na początku lat 90-tych i od początku nie było na niego pieniędzy ani perspektyw. Stawki za sprawowanie opieki długoterminowej proponowane przez NFZ są od dawna niedoszacowane. - *Cynizmem ze strony NFZ jest wyznaczenie oczekiwanej stawki za osobodzień na poziomie*

*26 zł w sytuacji, w której realna stawka to co najmniej 36 zł - powiedziała*

*Szwałkiewicz. Potwierdziła to Beata Drzazga, prezes zarządu BetaMed*

*SA., która uważa, że należy wrócić do poziomu wycen z lat 2006-2008.*

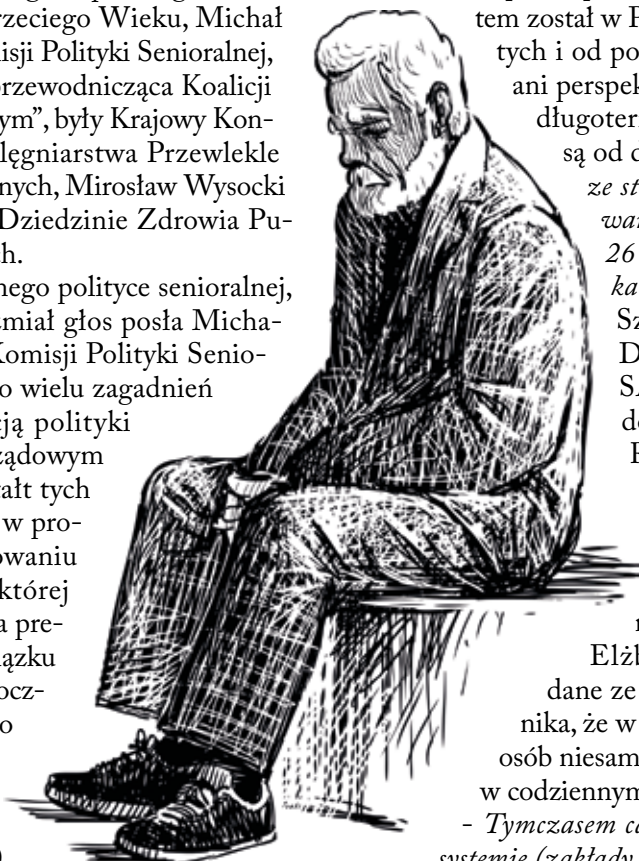
*Również zdaniem dr Marioli Rybki, Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych, dzienną stawkę w opiece długoterminowej należałoby zwiększyć o 100 proc.*

Elżbieta Szwałkiewicz przedstawiła

dane ze spisu powszechnego, z których wynika, że w Polsce w tej chwili mieszka 1,2 mln osób niesamodzielnych, potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

- *Tymczasem całkowita liczba miejsc w formalnym systemie (zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, oddziały geriatryczne i łóżka geriatryczne na oddziałach internistycznych) kształtuje się na poziomie 150 tys. W zasobach ministerstwa pracy jest kolejne 100 tys. miejsc, a to oznacza, że ponad 800 tys. osób objętych jest nieformalną opieką swoich bliskich - powiedziała.* Tylko odpowiednie zmiany systemowe i wsparcie funkcjonowania opiekunów mogą sprawić, że sytuacja osób niesamodzielnych nie będzie się pogarszała.

Krzysztof Tuczapski, zastępca prezesa NFZ ds. medycznych, zapewnił panelistów i uczestników Forum, że świadczenia geriatryczne wciąż są opłacalne dla szpitali, a od 2016 roku stawka kapitacyjna dla pielęgniarek środowiskowych zostanie podniesiona.



Fot. #68320036 © makar - Fotolia.com

# Nowa jakość życia na Targach 55 plus

Marzena Michalek

29 i 30 maja br. w Pałacu Kultury w Warszawie odbyły się Targi 55plus - interdyscyplinarne wydarzenie, które pokazało holistyczne podejście do starości poprzez niezwykle zróżnicowaną ofertę wystawców oraz prezentacje



Uczestnicy Forum 55 plus

Fot. Materiały prasowe Targów 55 plus

i wykłady wybitnych przedstawicieli polskiej geriatry, gerontologii, decydentów sceny politycznej, finansistów, przedstawicieli instytucji samorządowych i administracji rządowej, dyrektorów centrów opieki senioralnej, inwestorów i deweloperów.

Co robić by nasz genom pomyślnie się zestarzał, dlaczego warto żyć kreatywnie i z pasją, po co nam autonomia na starość, jak pomóc niesamodzielnemu - również legislacyjnie, dlaczego ruch to eliksir życia - na te i wiele innych zagadnień odpowiedzieli przedstawiciele świata nauki i polityki, wśród których znaleźli się m.in. prof. Barbara Bień - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie geriatry dla województwa podlaskiego, profesor Marek Żak - Sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, dr Elżbieta Szwałkiewicz, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Opiekunów „Z nami łatwiej”, a także przewodnicząca Rady Programowej Targów czy senator Mieczysław Augustyn. Część merytoryczna Targów poruszała również kwestie związane z bezpieczeństwem finansowym osób starszych, metodami rehabilitacji i opieki medycznej, aktywizacją zawodową i społeczną oraz nauką - w tym języków obcych przez osoby 55+.

Warsztatom i wykładom towarzyszyła dwudniowa pre-

zentacja wystawców, a obok rodzimych, regionalnych marek pojawiło się wiele firm międzynarodowych, takich jak: Microsoft, Phonak, StenaLine, Brand Vital, Air Liquide Sante czy Origin, które od dawna na świecie oferują nowoczesne produkty i usługi dedykowane rynkowi senioralnemu.

Unikalne rozwiązania w zakresie modelu opieki geriatrycznej zaprezentowała, wywodząca się z Kanady, grupa Origin, przedstawiając nowoczesny, oparty o innowacyjne procedury opiekuńcze program opieki senioralnej, demencyjnej oraz edukacyjnej. Oferta Origin Academy of Poland w zakresie kształcenie opiekunów medycznych, łączy najlepsze w tej dziedzinie doświadczenia polskie i kanadyjskie.

Cenną inicjatywę, jaką były Targi 55plus wsparło wiele instytucji i stowarzyszeń, m.in. Miasto Stołeczne Warszawa, Ogólnopolskie Porozumienie Uniwersytetów Trzeciego Wieku, Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”, Centrum Wolontariatu, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Farmaceutów „PERSPEKTYWA 2030”, Koalicja „Na Pomoc Niesamodzielnym” czy Fundacja

Zaczyn.

Nowoczesna formuła Targów 55plus znajdzie z pewnością swoich naśladowców, gdyż tylko w taki sposób jest możliwe budowanie wspólnej płaszczyzny porozumienia



prof. Barbara Bień, Kierownik Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Fot. Materiały prasowe Targów 55 plus

i współpracy pomiędzy podmiotami oferującymi produkty i usługi dedykowane rynkowi senioralnemu oraz budowanie świadomości aktywnego modelu życia wśród osób starszych i ich najbliższych.



# Ginekolodzy i urolodzy: NIE dla badania urodynamicznego przy wypisywaniu recept na leki

Monika Gackiewicz

**P**odczas XLV Naukowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU), który odbył się 17-19 września w Warszawie oraz XXXII Kongresu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG), który miał miejsce 3-5 września br. w Łodzi, Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” zbierało podpisy pod petycją do Ministra Zdrowia w sprawie usunięcia obowiązku wykonywania badania urodynamicznego jako warunku niezbędnego do otrzymania refundacji leków stosowanych w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB). Petycję podpisało łącznie ponad 350 ginekologów oraz urologów. *Starając się pomóc pacjentom w naszej codziennej praktyce pragniemy podkreślić, że badanie urodynamiczne nie jest niezbędne, aby zdiagnozować zespół pęcherza nadreaktywnego* - napisali lekarze w swojej petycji. - *Jako lekarze praktycy, dla których najważniejsze jest dobro pacjenta, postulujemy o zmianę postępowania diagnostycznego (...) - podkreślili.*

Polska jest jedynym z nielicznych państw na świecie, w którym refundację leków na zespół pęcherza nadreaktywnego warunkuje się potwierdzeniem diagnozy za

pomocą badania urodynamicznego, które nie tylko jest niepotrzebne i niemiarodajne, ale generuje ryzyko poważnych powikłań. W sprawie zniesienia tego zapisu Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” apelowało do Ministra Zdrowia już od wielu lat. Nadal nie wiadomo w jaki sposób znalazł się on przepisach, bo nie wnioskowali o niego ani producenci leków, ani towarzystwa naukowe, ani pacjenci. Nie rekomendowała go również Agencja Oceny Technologii Medycznych.

- *Po ponad trzech latach korespondencji z Ministerstwem Zdrowia w sprawie urodynamiki jeszcze niedawno mieliśmy sytuację patową* - tłumaczy Anna Sarbak, Prezes Zarządu Głównego „UroConti”. - *Ministerstwo twierdziło, że ma związane ręce, bo może działać tylko na wniosek podmiotów odpowiedzialnych, a producenci - że nie będą składać wniosków o zniesienie urodynamiki, bo nigdy nie wnioskowali o jej umieszczenie w przepisach. Niedawno sytuacja się zmieniła, bo jeden z producentów (apelowaliśmy do wszystkich) złożył już wymagany wniosek. Mamy nadzieję, że zostanie szybko rozpatrzony, co raz na zawsze zamknie sprawę, która nie powinna mieć miejsca w żadnym kraju* - dodaje.

## DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 15.08.2015

Województwo	Pieluchy i pieluchomajtki		Worki stomijne		Aparaty słuchowe		Aparaty do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego (CPAP)		Przedmioty ortopedyczne z wyłączeniem wózków inwalidzkich		Wózki inwalidzkie	
	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących
dolnośląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
kujawsko-pomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
lubuskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
łódzkie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
małopolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
podkarpackie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
podlaskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
pomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
śląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
świętokrzyskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
warmińsko-mazurskie	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
wielkopolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-

nb - na bieżąco, bd - brak danych (oddział NFZ odmówił podania informacji),  
\* dzieci - na bieżąco; \*\* dzieci, osoby czynne zawodowo - na bieżąco,

☺ - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu  
☹ - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkich Oddziałów NFZ



# Polskie Towarzystwo Urologiczne na rzecz pacjentów. Podsumowanie kadencji prof. Zbigniewa Wolskiego jako prezesa PTU

z prof. dr hab. Zbigniewem Wolskim, ustępującym prezesem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, rozmawia Natalia Klein

**P**roszę o krótkie podsumowanie najistotniejszych wydarzeń oraz działań, które miały miejsce podczas kadencji Pana Profesora jako prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego.

Uważam, iż w czasie mojej trzyletniej kadencji jako Prezesa Polskiego Towarzystwa Urologicznego wszystkie cele statutowe naszego Stowarzyszenia zostały dobrze



Prof. Zbigniew Wolski

Fot. Marcin Kolaćek

zrealizowane. Do tych celów należała między innymi ważna dla całego naszego środowiska urologicznego i polskiego społeczeństwa działalność, jaką jest współpraca z organizacjami reprezentującymi pacjentów. Przykładem tej współpracy jest nie tylko działalność informacyjna czy wydawnicza, ale i reprezentowanie pacjentów przed ważnymi instytucjami państwowymi - Sejmem, Senatem, Narodowym Funduszem Zdrowia, a także mediami. Biorąc udział w debatach Komisji Senackiej, Sejmowej oraz w czasie spotkań z Wicemarszałkiem Sejmu i przedstawicielami NFZ, postulowaliśmy zwrócenie większej uwagi na problemy związane z chorobami narządów układu moczowo-płciowego oraz konieczność wprowadzania nowoczesnych metod diagnozowania i leczenia chorób nowotworowych oraz różnych postaci nietrzymania moczu. Jednakże nadal nie została wprowadzona na listę procedur NFZ np. neuromodulacja nerwów krzyżowych, pomimo iż są już możliwości wykonania tego zabiegu w Polsce. Taki nowatorski zabieg został wykonany w ubiegłym roku w Klinice Urologii, którą reprezentuję. Istotna, podobnie jak w poprzednich latach, była także działalność edukacyjna i wydawnicza skierowana do lekarzy szkolących się w urologii, urologów i lekarzy innych

specjalności. Polskie Towarzystwo Urologiczne wydaje dwa pisma edukacyjno-naukowe - „Central European Journal of Urology” w języku angielskim i „Przegląd Urologiczny”. Wydajemy również materiały informacyjne dla lekarzy i pacjentów w formie elektronicznej, dostępne przez strony internetowe PTU. Ważnym przykładem działalności wydawniczej był raport „Urologia dla zdrowia Polaków - wyzwania i potrzeby”, opracowany i przedstawiony decydom i mediom w 2014 r., mówiący o zagrożeniach związanych ze wzrostem zachorowań na nowotwory narządów układu moczowo-płciowego. Przygotowano i opublikowano również materiały informacyjne z zakresu tzw. urologii czynnościowej, np. nietrzymania moczu u kobiet i mężczyzn, nadczynności pęcherza moczowego.

Lekarze urologicy działają na rzecz pacjentów także w ramach większych akcji. W swoich poradniach co roku przyjmują tysiące mężczyzn i kobiet, w ramach akcji profilaktycznych podczas „Tygodnia Urologii”, który odbywa się pod egidą Polskiego i Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, zwykle we wrześniu.

**Czy podczas kadencji Pana Profesora zostały podjęte jakieś kroki w celu unowocześniania organizacji pracy zawodowej i naukowej polskich urologów?**

Podczas mojej kadencji zostało podtrzymane bardzo ważne osiągnięcie Polskiego Towarzystwa Urologicznego, jakim jest europejski standard egzaminu specjalizacyjnego. PTU zajmuje się przygotowaniem i organizacją egzaminu specjalizacyjnego z urologii, który jest jedynym egzaminem specjalizacyjnym w Polsce, będącym jednocześnie egzaminem europejskim i polskim. Dzięki temu, jako jedyna specjalność, mamy możliwość wykształcenia urologa na poziomie europejskim. Jest to olbrzymia odpowiedzialność i wyzwanie organizacyjne, z którego przez trzy lata mojej kadencji PTU wywiązywało się dobrze.

**Jak funkcjonuje współpraca PTU z organizacjami reprezentującymi pacjentów? Czy współpraca z pacjentami jest istotnym elementem działalności PTU? Jak Pan Profesor ocenia wspólne inicjatywy PTU i organizacji pacjenckich?**

Należy podkreślić, że współpraca z organizacjami reprezentującymi pacjentów jest bardzo istotnym elementem działalności PTU. Działamy tutaj w dwóch kierunkach – po pierwsze, reprezentując pacjentów przed Ministerstwem Zdrowia czy Narodowym Funduszem Zdrowia, wydając opinie i starając się wymóc na Narodowym Funduszu

Zdrowia wprowadzenie nowych technologii medycznych. Taka działalność miała miejsce przez trzy lata – między innymi, odbyły się wspomniane spotkania z Sejmową i Senacką Komisją Zdrowia. We współpracy z organizacjami pacjenckimi, przeprowadzaliśmy także akcje edukacyjne – np. kampanię informacyjną dla pacjentów z rakiem gruczołu krokowego, która odbywała się w wielu ośrodkach w całej Polsce w latach 2012–2014. Współpracowaliśmy tu m.in. z Fundacją Wygramy Zdrowie i Stowarzyszeniem Gladiator. Działalność edukacyjna dotyczyła jednak nie tylko uroonkologii, ale także urologii czynnościowej, związanej z zaburzeniami mikcji – nietrzymaniem moczu, dysfunkcją neurogenną pęcherza czy też pęcherzem nadreaktywnym. Szeroko współpracowaliśmy w tym zakresie ze Stowarzyszeniem „UroConti”, z którym podkreślaliśmy, że w Polsce nie są spełniane standardy rozpoznania i leczenia zaburzeń mikcji. Brałismy także udział w wydarzeniach edukacyjnych, np. w konferencji Stowarzyszenia „UroConti” w Szkole Głównej Handlowej, na której gościłem jako prelegent. Dobrym przykładem są również moje działania w Radzie Naukowej Kwartalnika NTM.

Dowodem na aktywność PTU w kontaktach z pacjentami jest także duża, bo blisko 200 tys. liczba osób, które odwiedziły polskojęzyczną stronę internetową przygotowaną przez Europejskie i Polskie Towarzystwo Urologiczne, poświęconą chorobom narządów układu moczowo-płciowego. Strona ta znajduje się pod adresem [www.patients.uroweb.org/pl/wiarygodne-informacje-dotyczace-urologii](http://www.patients.uroweb.org/pl/wiarygodne-informacje-dotyczace-urologii). Polska po USA jest na drugim miejscu w ilości odsłon tego portalu.

### **Jak ocenia Pan współpracę PTU z organizacjami międzynarodowymi, zrzeszającymi lekarzy urologów?**

Bardzo ważnym elementem działalności PTU podczas mojej kadencji była współpraca z organizacjami innych państw. Niewątpliwym sukcesem na tym polu było nawiązanie ścisłej współpracy z czeskim, słowackim i węgierskim towarzystwem urologicznym. Efektem tej współpracy była m.in. organizacja międzynarodowego kongresu urologów z Europy Środkowej w 2014 r. w Krakowie. Dużym sukcesem było również wyjście poza Europę – nawiązaliśmy współpracę z amerykańskim towarzystwem urologicznym i jesteśmy w trakcie podpisywania umowy, dzięki której polscy urolodzy będą mogli szkolić się w najlepszych ośrodkach amerykańskich w ramach grantów.

### **Czy PTU prowadzi jakies działania zmierzające do pogłębienia wiedzy lekarzy urologów na temat leczenia i diagnostyki NTM i OAB?**

Zdecydowanie tak. Jest to bardzo częsty temat na naszych spotkaniach regionalnych, ale przede wszystkim na kongresach, w ramach sesji dotyczących urologii czynnościowej. Dla przykładu, podczas zeszłorocznego Kongre-

su PTU odbyła się sesja dotycząca neuromodulacji nerwów krzyżowych w leczeniu nietrzymania moczu. Także w tym roku planujemy sesję na temat dysfunkcji neurogennej pęcherza i działań rehabilitacyjnych. Ponadto, zagadnienia dotyczące nietrzymania moczu pojawiają się na egzaminie specjalizacyjnym z urologii.

### **Jak ocenia Pan zakres możliwości, którymi dysponują lekarze urolodzy w leczeniu pacjenta z NTM?**

Lekarze urolodzy dysponują bardzo szerokim zakresem możliwości w leczeniu pacjentów z dolegliwością nietrzymania moczu. Urolog dysponuje wszystkimi możliwościami, metodami diagnostycznymi i leczniczymi dla chorych z NTM. W ramach diagnostyki NTM, istotnym zadaniem urologa jest wykonywanie m.in. badań endoskopowych. Szczególną rolą urologa jest także przeprowadzanie leczenia zabiegowego i operacyjnego, np. wstrzyknięcia toksyny botulinowej, neuromodulacji nerwów krzyżowych, endoskopowego zamknięcia przetok moczowych, operacji z zastosowaniem różnego rodzaju taśm czy sztucznego hydraulicznego zwieracza moczowego. Warto jednak zwrócić uwagę, że niestety nie wszystkie ośrodki mają doświadczenie w wykonywaniu tych zabiegów – dużym problemem jest brak referencyjności ośrodków, który powoduje rozproszenie środków finansowych oraz zwiększa nieskuteczność tych zabiegów.

### **Jak ocenia Pan aktualny dostęp polskich pacjentów z problemem nietrzymania moczu do najnowszych metod terapeutycznych?**

Niestety, dostęp ten jest ograniczony w porównaniu z innymi krajami należącymi do Unii Europejskiej. Jako prezes PTU, byłem zobowiązany wydawać opinie dotyczące nowych metod terapeutycznych, w tym metod stosowanych w leczeniu pęcherza nadreaktywnego. Uważam, że polscy pacjenci powinni mieć lepszy dostęp zarówno do nowego leku, blokującego beta-receptory, czyli mirabegronu, jak i metody neuromodulacji nerwów krzyżowych. Przy braku efektu leczenia farmakologicznego i stosowania toksyny botulinowej, metoda ta jest skuteczna, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn z pęcherzem nadreaktywnym. Za sukces można jednak uznać, na podstawie rekomendacji Polskiego Towarzystwa Urologicznego, niedawne wprowadzenie nowego programu lekowego, dzięki któremu od września bieżącego roku pacjenci z nadreaktywnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego o podłożu neurogennym, po stabilnych urazach rdzenia kręgowego oraz ze stwardnieniem rozsianym, będą mogli skorzystać z leczenia toksyną botulinową. Chcielibyśmy rozszerzyć grupę pacjentów, którzy będą mogli skorzystać z tego leczenia, ale z pewnością jest to dobra informacja.

### **Jaka jest opinia Pana Profesora na temat wymogu wykonywania przez pacjentów badania urodynamicznego**

**w celu otrzymania dostępu do refundowanych leków na zespół pęcherza nadreaktywnego?**

Tak, jak podkreślałem, Polskie Towarzystwo Urologiczne poprzez wydanie opinii oraz informowanie decydentów, że należy zmienić postępowanie diagnostyczne w tym zakresie, wyraziło jasne stanowisko, że należy zrezygnować z wykonywania badania urodynamicznego w celu dostępu pacjenta z pęcherzem nadreaktywnym do refundowanych leków. Jednoznacznie od kilku lat staramy się przedstawić w Narodowym Funduszu Zdrowia i Ministerstwie Zdrowia, iż badanie urodynamiczne nie jest konieczne do rozpoznania pęcherza nadreaktywnego. Jest to opinia zgodna z opiniami innych specjalności. Prosty, zupełnie nieinwazyjnym badaniem, które może nam odpowiedzieć na pytanie, czy rozpoznajemy pęcherz nadreaktywny, jest dzienniczek mikcji, który jest uznany w gremiach międzynarodowych.

**Czy zdaniem Pana Profesora w przeciągu ostatnich 4 lat poprawiła się sytuacja pacjentów cierpiących na nie-**

**trzymanie moczu i pęcherz nadreaktywny w Polsce?**

Sytuacja ta poprawiła się tylko częściowo, biorąc pod uwagę niedawną refundację toksyny botulinowej. Za uważalne są wciąż braki związane z refundacją nowoczesnych leków, neuromodulacji nerwów krzyżowych i pełnego pokrycia toksyny botulinowej, która powinna być dostępna także dla innych pacjentów z pęcherzem nadreaktywnym.

**Jakie, Pana zdaniem, są najważniejsze wyzwania stojące przed Polskim Towarzystwem Urologicznym w przyszłości?**

Polski urolog powinien mieć możliwość wykonywania refundowanych najnowszych procedur diagnostycznych i leczniczych, a współpracując z organizacjami reprezentującymi pacjentów, lepiej rozumieć ich potrzeby i oczekiwania. Wydaje mi się, że Polskie Towarzystwo Urologiczne wypełniało w przeszłości i nadal dobrze wypełnia swoje zadania, będąc reprezentantem całego środowiska urologicznego, jak i polskiego pacjenta.

## Operacje z użyciem taśm w woj. lubuskim

Według zebranych danych, obecnie na 31 publicznych oraz prywatnych szpitali w województwie lubuskim, które dysponują 15 oddziałami ginekologicznymi, ginekologiczno-położniczymi, 1 oddziałami ginekologii onkologicznej oraz 5 oddziałami urologicznymi dla dzieci i dorosłych (źródło: [www.rpwdl.csioz.gov.pl](http://www.rpwdl.csioz.gov.pl)), tego typu operacje przeprowadza się w 14 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM wykonywane są zarówno na

oddziałach ginekologiczno-położniczych, jak i urologicznych.

Porównując obecną sytuację ze statystykami z 2011 roku, sytuacja uległa nieznacznej zmianie. Wówczas zabiegi z użyciem taśm wykonywano w 17 placówkach.

Poniżej prezentujemy ich listę, z uwzględnieniem liczby zabiegów przeprowadzonych przez poszczególne placówki w 2013, 2014 oraz pierwszym kwartale 2015 roku.

**Liczba zrealizowanych procedur ICD-9: 59.793 w latach: 2013, 2014 i I półroczu 2015 sprawozdana przez lubuskich świadczeniodawców**

Nazwa świadczeniodawcy	2013 r.	2014 r.	I-VI 2015 r.
105 Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żarach	115	66	33
Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze	19	7	8
Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o.	5	4	6
Nowy Szpital we Wschowie Sp. z o.o.	1		
Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o.	4	10	7
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sulęcín	19	19	8
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie	16	11	8
Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli	4	3	4
		1	6
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. dr n. med. Radzimira Śmigiełskiego Sp. z o. o.	29	32	15
Szpital Na Wyspie Sp. z o.o.	24	3	
Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "URO-LASER" Wojciech Zwierzyński i Michał Droz	4		
Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Sp. z o.o.		11	5
Nowy Szpital w Świebodzinie Sp. z o.o.	13	8	8
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Szpital Powiatowy" w Słubicach	10	14	8
	<b>263</b>	<b>189</b>	<b>116</b>



# Tradycja i nowoczesność. Klinika Urologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Magdalena Kowalewska

Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie jest wyjątkową, nowoczesną placówką medyczną z bardzo bogatą, wieloletnią tradycją. Powstał już na początku ubiegłego stulecia, w roku 1929, jako pierwszy oddział urologiczny w Polsce w specjalnie zaprojektowanym i wybudowanym dla tych celów osobnym budynku. Historia powstania ośrodka jest niezwykle interesująca. Ogromne zasługi przypisać trzeba ówczesnemu prymariuszowi, znakomitemu urologowi, doc. dr. hab. Tadeuszowi Pisarskiemu. Podczas I wojny światowej, w wojsku poznał przyszłego Premiera Rzeczypospolitej Polskiej, prof. Kazimierza Bartela, który niedługo po objęciu stanowiska zachorował na kamicy. Duży kamień utknął w jego moczowodzie. Bartel zwrócił się o pomoc do swojego kolegi z wojska, Tadeusza Pisarskiego, który z sukcesem wykonał ureterolitotomię. Premier Bartel, w wyrazach ogromnego uznania wyasygnował wysokie honorarium, które Tadeusz Pisarski przeznaczył na budowę pawilonu. Dzięki temu właśnie wybudowano w Krakowie luksusowy, jak na tamte czasy, budynek przy ul. Grzegórzeckiej 18, z osobną salą operacyjną, osobną salą endoskopową i opatrunkową, własnym RTG i pracownią chemiczną, wyposażony w najnowocześniejszy w tym czasie sprzęt urologiczny najlepszej jakości. Budynek otoczony został pięknym, dużym ogrodem, ozdobionym krzewami róż.

W tych samych pomieszczeniach funkcjonuje dzisiaj Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej Szpitala Uniwersytetu Jagiellońskiego, nowoczesny ośrodek dysponujący najnowocześniejszym sprzętem medycznym, w tym instrumentarium endoskopowym. Obecnie kieruje nim również wybitny specjalista, prof. dr hab. med. Piotr L. Chłosta, FEBU (Fellow of the European Board of Urology), Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, członek Kapituły Prix Galien i obecny Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU).

- *Dominującym sposobem leczenia na Oddziale Klinicznym Urologii i Urologii Onkologicznej, jak i głównym punktem zainteresowań zespołu specjalistów jest chirurgia małoinwazyjna, w przeważającej większości laparoskopowa oraz chirurgia związana właśnie z leczeniem nietrzymania moczu, bezwiednego gubieniem moczu zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn* - podkreśla prof. Piotr Chłosta. Warto wspomnieć, że profesor wprowadził do polskiej urologii szereg nowatorskich metod operacyjnych i oryginalnych modyfikacji kilku powszechnie stosowanych sposobów leczenia operacyjnego. Pierwszy w Polsce i jako jeden z pierwszych urologów na

świecie wykonał laparoskopowe wycięcie zaotrzewnowych węzłów chłonnych u chorych na przerzutowego raka jądra, dokonał wszczepienia sztucznego zwieracza wokoło cewki sterczowej u mężczyzny metodą laparoskopii i jako pierwszy w Polsce wytworzył zastępczy pęcherz jelitowy wyłącznie laparoskopowo.



Fot. Materiały prasowe Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

- *Należy jednak dobitnie podkreślić, iż ośrodek, pomimo tego, że jego główne działania skupiają się wokół uroonkologii, zajmuje się również urologią czynnościową i naprawą powikłań, które występują najczęściej po rozległych operacjach uroonkologicznych* - dodaje prof. Chłosta. Ośrodek bowiem jest jednym z niewielu w Polsce, w którym wszczepia się sztuczne zwieracze cewki moczowej u kobiet i u mężczyzn. Urologzy stosują zwieracze powszechnie dopuszczone do obrotu, jak i zajmują się pracą badawczą na rzecz konstrukcji nowych urządzeń tego typu, jeszcze mniej inwazyjnych.

- *Największym jednak sukcesem Kliniki, podkreśla prof. Chłosta (...) jest silnie zmotywowany do pracy zespół, pełen pasji i zapału. Harmonijna współpraca osób zajmujących różne funkcje w zespole, zarówno lekarzy - najmłodszych, starszych, także zespołu pielęgniarstwa, administracyjnego i nawet personelu podstarzowego, jest tym co w największej mierze decyduje o jakości owoce całej pracy - serwowaniu pacjentom usług urologicznych na najwyższym poziomie, zgodnie z najnowszymi osiągnięciami urologii. Nie można tutaj nie wspomnieć o wielkiej życzliwości ze strony dyrekcji szpitala i ogromnym wsparciu ze strony władz Uniwersytetu Jagiellońskiego. Harmonijna współpraca z tymi agendami owocuje możliwością wyposażenia ośrodka, jak i uprawiania urologii na najwyższym poziomie, który absolutnie nie odstaje od poziomu urologii europejskiej i światowej.*

# Wytyczne zespołu ekspertów dotyczące leczenia OAB

Anna Ciepela

Zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB) to bardzo powszechna choroba - szacuje się, że może dotyczyć ona nawet 16% dorosłej populacji. Prawidłowa diagnoza OAB wymaga przeprowadzenia rzetelnego wywiadu z pacjentem oraz wykluczenia innych schorzeń dróg moczowych. OAB objawia się trudnymi do opanowania i bardzo nieprzyjemnymi parciem na pęcherz tzw. parciem nagłącymi - mogą, ale nie muszą, towarzyszyć im inne dolegliwości, takie jak: częstomocz, nokturia czy nietrzy-



Fot. #79979044 © lenetsnikolai - Fotolia.com

manie moczu. Pomimo, że pęcherz nadreaktywny to stosunkowo powszechna choroba, a jej rozpoznanie nie jest szczególnie skomplikowane, wciąż zdarza się, że pacjenci nie są prawidłowo diagnozowani i leczeni. Aby rozwiązać wszelkie wątpliwości oraz uporządkować najnowszą wiedzę medyczną odnośnie terapii pacjentów cierpiących na zespół pęcherza nadreaktywnego, eksperci z dziedziny urologii oraz ginekologii opracowali w ostatnich latach szereg wytycznych, w tym m.in.: „Zalecenia zespołu ekspertów odnośnie leczenia pęcherza nadreaktywnego z wykorzystaniem nowych technologii medycznych” pod redakcją prof. Włodzimierza Baranowskiego, prof. Stanisława Radowickiego, prof. Piotra Radziszewskiego, prof. Tomasza Rechbergera, prof. Marka Sosnowskiego i prof. Zbigniewa Wolskiego oraz „Neuromodulacja nerwów krzyżowych w leczeniu chorych z zaburzeniami czynności pęcherza moczowego” pod redakcją profesorów: Tomasza Drewy, Jerzego Gajewskiego, Marka Sosnowskiego oraz Zbigniewa Wolskiego, które w jasny sposób prezentują kolejne rzuty terapii pęcherza nadreaktywnego. - *Nowe zalecenia powstają średnio co 3-4 lata w oparciu o najnowszą wiedzę medyczną i wytyczne międzynarodowych instytucji, takich jak: International Continence Society czy International Consultation on Incontinence. Mają one posłużyć specjalistom urologii i uroginekologii do uporządkowania i zaktualizowania wiedzy nt. diagnostyki i metod leczenia, w tym terapii skojarzo-*

*nych.* - tłumaczy prof. Tomasz Rechberger z Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie i dodaje - *Stoimy obecnie przed wyzwaniem jakim jest starzejące się społeczeństwo - to właśnie osoby starsze są najtrudniejszymi pacjentami z OAB, często w ogóle nie reagują na leczenie bądź, z powodu swoich ograniczeń poznawczych, nie współpracują z lekarzem prawidłowo. Najnowsze zalecenia uwzględniają alternatywne metody terapii, które mogą pomóc pacjentom, u których z jakichś przyczyn leczenie podstawowe nie powiodło się.*

## Diagnostyka - po pierwsze wywiad

Wywiad pozwala ustalić czy u pacjenta występują objawy wystarczające do rozpoznania zespołu pęcherza nadreaktywnego. W wielu przypadkach pacjenci sami zgłaszają występowanie dokuczliwych parć czy nieprzyjemnego bólu pęcherza, często potrzebują jedynie pomocy, aby prawidłowo nazwać te dolegliwości. W przypadku stwierdzenia parć nagłących zaleca się pogłębienie wywiadu, uwzględniając pytania dotyczące okoliczności ich występowania, częstości oddawania moczu, obecności nietrzymania moczu, jakości życia, objawów współistniejących, takich jak ból, krwimocz, dysuria czy uczucie zalegania po mikcji. Narzędziem służącym do zobjektywizowania zgłaszanych przez pacjenta objawów jest dzienniczek mikcji. Jego czułość w odniesieniu do diagnostyki pęcherza nadreaktywnego wynosi 75%, a swoistość 85%. Dzienniczek należy prowadzić przez 3 dni, w tym jeden wolny od pracy, a odpowiedzi notować w chwili zdarzenia lub tuż po, inaczej odpowiedzi mogą być zafałszowane. Do określenia objętości moczu niezbędne są standaryzowane naczynia i wkładki. Na potrzeby dzienniczka mikcji należy określić następujące parametry: liczbę mikcji w ciągu dnia, liczbę mikcji w nocy, 24-godzinną objętość wydalanego moczu, nocną objętość wydalanego moczu, średnią objętość mikcyjną, całkowitą częstość incydentów nietrzymania moczu (oraz liczbę incydentów nietrzymania moczu wysiłkowego i z parcia) w ciągu 24 godzin, liczbę parć nagłących w ciągu 24 godzin oraz ich nasilenie, wskaźnik zużycia wkładek/podpasek na 24 godziny (z podaniem rodzaju chłonności wkładki). Następnie należy wykluczyć inne choroby, których objawy mogą przypominać te występujące w przypadku OAB. W tym celu należy wykonać: badanie ogólne moczu, ultrasonograficzne badanie układu moczowego z oceną zalegania oraz, w niektórych przypadkach, cystoureteroskopie.

## Leczenie zachowawcze uzupełnieniem farmakoterapii

Modyfikacja stylu życia polegająca na wykluczeniu czynników sprzyjających występowaniu OAB i włączeniu zachowań profilaktycznych, może znacząco pomóc złagodzić dolegliwości i wspomóc farmakoterapię. Zaleca się ogra-



niczenie kofeiny, redukcję masy ciała, zaprzestanie palenia, wprowadzenie właściwych nawyków spożywania płynów, a także treningu pęcherza oraz wdrożenie ćwiczeń rehabilitacyjnych mięśni dna miednicy.

### Farmakoterapia jako złoty standard

Farmakoterapia stanowi podstawową formę leczenia pęcherza nadreaktywnego. Każdy pacjent, któremu zaleca się tę formę terapii, powinien zostać poinformowany, że jest to leczenie przewlekłe - dzisiaj nie jest znany lek pozwalający całkowicie wyleczyć OAB. Oznacza to, że stosowanie leków antycholinergicznym lub adrenomimetycznym pozwala kontrolować objawy choroby jedynie podczas trwania terapii. Chorzy przyjmujący leki antycholinergiczne przez dłuższy czas często rezygnują z leczenia z powodu uciążliwych skutków ubocznych bądź efektu niewspółmiernego do działań niepożądanych.

Zupełnie innym profilem działania charakteryzują się leki adrenomimetyczne. Obecnie jedynym takim lekiem stosowanym w OAB, zarejestrowanym w Polsce, jest mirabegron. Ma on dobrze udowodniony profil skuteczności i bezpieczeństwa, może być stosowany u osób, które były bezskutecznie leczone lekami antycholinergicznymi lub musiały zrezygnować z leczenia z powodu nasilonych objawów niepożądanych. - *Być może w przyszłości to właśnie mirabegron będzie lekiem pierwszego rzutu. Jego skuteczność jest porównywalna do antycholinergicznym przy znikomych działaniach niepożądanych. Wydaje się również, że w przypadku pacjentów opornych na leczenie, dobrym rozwiązaniem jest leczenie skojarzone kilkoma lekami o różnych mechanizmach działania* - tłumaczy prof. Tomasz Rechberger.

### Podanie toksyny botulinowej - leczenie „mikro” inwazyjne

W przypadku potwierdzonego braku skuteczności lub nieakceptowanych przez pacjenta objawów niepożądanych po zastosowaniu zarówno leków antycholinergicznym, jak i beta 3-adrenomimetycznym, można rozważyć terapię z zastosowaniem toksyny botulinowej. Terapię tę należy powtarzać co 3-9 miesięcy. Zazwyczaj przeprowadza się ją w znieczuleniu miejscowym, sporadycznie w znieczuleniu ogólnym. - *Pacjentka pozostaje na oddziale na obserwacji jedynie kilka godzin i jeszcze tego samego dnia może udać się do domu. Terapia ta ma wysoką skuteczność i jest całkowicie bezpieczna, nawet dla osób starszych* - mówi prof. Tomasz Rechberger.

### Neuromodulacja nerwów krzyżowych w przypadkach pacjentów opornych na leczenie

Leczeniem z wyboru, o korzyściach udowodnionych naukowo i klinicznie, u pacjentów opornych na leczenie farmakologiczne i zabiegowe jest neuromodulacja nerwów krzyżowych. U pacjentów poddawanych neuromodulacji krzyżowej obserwuje się poprawę w oddawaniu moczu, zmniejszenie dolegliwości bólowych, powrót do życia zawodowego i społecznego. Niemniej terapia ta wciąż nie jest w Polsce refundowana. *Neuromodulacja nerwów krzyżowych jest w większości krajów wskazana u chorych z tzw. „refractory” (po nieskutecznym leczeniu farmakologicznym) pęcherzem nadreaktywnym i zatrzymaniem moczu bez przeszkody podpęcherzowej. Jest również zarejestrowana w leczeniu zaburzeń oddawania stolca. Inne, nie wszędzie zatwierdzone wskazania, to zespół bolesnego pęcherza i zespół częstomoczu i parć naglających* - podsumowuje prof. Jerzy Gajewski.

## Kulki PlumBum czyli 15 minut intymnej siłowni to inwestycja na lata



o co ćwiczyć mięśnie Kegla? Odpowiedź jest prosta. Ukryte w podbrzuszu mięśnie są odpowiedzialne za podtrzymywanie macicy i kontrolowanie pęcherza. O mięśnie Kegla warto zadbać przede wszystkim po urodzeniu dziecka, kiedy mięśnie te zostały mocno nadwyrężone oraz po 40-tce, kiedy w okresie menopauzy tracą elastyczność. Pozwoli to w przyszłości uniknięcia problemu nietrzymania moczu i opuszczania narządów, co może w konsekwencji prowadzić do wypadania macicy. Mięśnie Kegla to zespół mięśni i więzadeł, które - niczym hamak - podtrzymują od dołu narządy jamy brzusznej. Cięża, poród i zwyczajny upływ czasu powodują, że mięśnie te rozluźniają się i wiotczeją. Wówczas pojawiają się problemy, o których wiele kobiet nie chce mówić, a które są uciążliwe i powodują dyskomfort codziennego życia.

**Z pomocą przychodzą nam PlumBum - kulki do ćwiczenia i wzmacniania mięśni kegla. dzięki ich systematycznemu używaniu:**

- zapobiegamy opuszczaniu się narządów rodnych,
- eliminujemy dyskomfort związany z wysiłkowym nietrzymaniem moczu,
- utrzymujemy mięśnie w dobrej kondycji i zapobiegamy ich wiotczeniu w okresie menopauzy,
- możemy uchronić się przed niepożądanym naciskiem na drogi rodne i ewentualnym problemem związanym z wypadaniem macicy.

Życzymy wytrwałości i powodzenia!





# Joga jako rodzaj aktywności fizycznej wspomagający terapię nietrzymania moczu

mgr Maria Nasilowska

Fizjoterapeuta uroginekologiczny, Akademia Jogi i Harmonijnego Rozwoju, Warszawa

W ostatnich czasach coraz większą popularnością cieszy się joga indyjska. Dotyczy to zwłaszcza społeczności miejskich, a dokładniej osób prowadzących siedzący tryb życia, poruszających się środkami komunikacji miejskiej, samochodami. Joga ma być remedium na bóle pleców i innych obszarów ciała, nadwagę, problemy z przemianą materii, stres, itd. I to właśnie te osoby z tych samych powodów należą do grupy ryzyka wystąpienia powszechnej dziś dolegliwości, jaką jest nietrzymanie moczu. Joga powstała w starożytnych Indiach, prawdopodobnie ponad 3 tysiące lat temu. Słowo „joga” (yoga) oznacza „jarz-

jednym z praktykowanych w Polsce stylu jogi - w astanga jodze - ćwiczenia oddechowe stanowią integralny element wykonywania asan. Medytacja praktykowana oddzielnie stanowi na ogół wyższy etap zaawansowania, w szkołach jogi praktycznie jest nieobecna. W drugim równie popularnym w Polsce stylu - w jodze Iyengara - praktyka asan zawiera element medytacyjny, stanowi także przygotowanie do rozpoczęcia praktyki pranajamy.

Wspomniane wyżej style jogi, najczęściej praktykowane w Europie, różnią się istotnie w kwestii podejścia do pracy z dnem miednicy - obszarem kluczowym z problemach z nietrzymaniem moczu. W stylu Iyengara oddziałuje się głównie poprzez ustawienie nóg i tułowia. Słabym punktem takiego podejścia jest fakt, że w bardzo wielu przypadkach praktyka ogranicza się do uzyskiwania właściwego ustawienia nóg i tułowia, odpowiedniego stanu rozciągnięcia i napięcia tkanek miękkich, nie docierając do pracy z dnem miednicy.

W astanga jodze nie ustawia się pozycji tak precyzyjnie jak w jodze Iyengara. Główny akcent w trakcie wykonywania pozycji jest kładziony na tzw. bandhy - stale utrzymywaną aktywność precyzyjnie określonych grup mięśniowych tułowia podczas wykonywania asan. Do nich należy praca z dnem miednicy w mula bandzie. Minusem tej koncepcji jest brak staranności w pracy z kończynami i tułowiem, co przy bardzo częstych asymetriach w ciele, nadmiernym napięciu niektórych mięśni, osłabieniu innych może dawać efekt nietrwały, trudny do utrzymania w codziennej aktywności, poza zajęciami jogi.

Jak w przypadku każdej terapii, joga jako element wspomagający - zarówno styl, jak i dobór asan i ćwiczeń oddechowych - powinna być ustalona po odpowiedniej diagnozie. Regularna praktyka jogi może być także stosowana jako profilaktyka wystąpienia zaburzeń struktur dna miednicy. Tu także należy zwrócić uwagę na kilka czynników, poza zrównoważeniem samej praktyki. Do czynników tych należy jakość tkanki łącznej (osoby wiotkie czy bardziej sztywne), przebyte operacje z rejonie miednicy mniejszej, ciąży, porody, wiek, waga oraz płeć.

Jedną z cech charakterystycznych jogi, dzięki której obserwuje się obecnie coraz większe zainteresowanie ze strony fizjoterapii, jest zaangażowanie całego ciała w każdej pozycji jogi. To całościowe zaangażowanie obejmuje także świadomość ćwiczącego, która powinna być skoncentrowana na aktualnie wykonywanej asanie. Jest to element medytacyjny praktyki, określanej jako „bycie tu i teraz”.



Fot. #90804057 © djoronimo - Fotolia.com

mo”, „dyscyplinę”. System jogi nie jest związany z żadną konkretną religią. Stanowi rozbudowany system rozwoju człowieka polegający na jednoczesnym doskonaleniu ciała i umysłu. Według jogi bowiem człowiek to niepodzielna jedność pięciu tzw. powłok: anatomicznej, pranicznej (energetycznej), psychologicznej, intelektualnej i powłoki szczęśliwości. Praca z ciałem w jodze ma zatem ścisły związek z emocjami i psychiką.

## Trzy stopnie jogi

Z oryginalnego rozbudowanego systemu jogi praktykuje się współcześnie głównie trzy stopnie: asany, pranajamy oraz medytację. Asany to ustawienia ciała fizycznego, statyczne i dynamiczne pozycje, dzielone w niektórych stylach na kilka grup - pozycje stojące, skręty, wygięcia (do tyłu), skłony, pozycje siedzące, pozycje odwrócone, pozycje balansowe. Pranajama, czyli ćwiczenia oddechowe, wykonywane są najczęściej w leżeniu na plecach i w siadzie. W

### Sesje jogi w zależności od przyczyn NTM

Z punktu widzenia anatomii człowieka, dno miednicy stanowi niewielki obszar, ale ze względu na liczne powiązania tkankowe (powięź, ścięgna) i odruchowe, obszar ten łączy się pośrednio z całym ciałem. Bezpośrednie połączenia z mięśniami ud (rotatorami nóg) oraz z mięśniami brzucha, pozwalają na oddziaływanie na stan dna miednicy poprzez ustawienie ciała i pracę z mięśniami. Warunkiem skuteczności tego oddziaływania jest jednak odpowiednia ruchomość stawów biodrowych oraz stan napięcia mięśni brzucha. Każda pozycja jogi wykonana właściwie będzie oddziaływać także na dno miednicy, dzięki czemu może przyczynić się do poprawy stanu tkanek tego obszaru. Podkreślić należy w tym miejscu, że wykonanie pozycji jogi w sposób niewłaściwy może powodować kontuzje w układzie ruchu oraz efekt przeciwny do zamierzonego w terapii dna miednicy. Aby uniknąć takich efektów, należy praktykować jogę pod okiem wykwalifikowanego nauczyciela, posiadającego także wiedzę z zakresu terapii dna miednicy. W zależności od przyczyny wystąpienia nietrzymania moczu oraz typu tej dolegliwości, należy dobrać sesje jogi oraz postawić odpowiednio akcenty. Nie można zastosować tego samego zestawu do wszystkich problemów z dnem miednicy - to, co może być pomocne w jednym przypadku, może być czynnikiem szkodliwym w innym. Generalnie jednak wyróżnia się kilka etapów oddziaływania poprzez jogę na dno miednicy, tak samo jak w przypadku fizjoterapii dna miednicy w oparciu o ćwiczenia niezależne od jogi.

Pierwszym i najważniejszym etapem w przypadku wszystkich typów dolegliwości dna miednicy jest trening sensomotoryczny. Jest to nabywanie (oraz przywracanie) czucia danego obszaru poprzez ruch. Można powiedzieć, że wszystkie asany jogi polegają przede wszystkim na treningu sensomotorycznym, którego celem jest poprawa połączeń pomiędzy układem nerwowym i innymi elementami układu ruchu (mięśnie, powięź, ścięgna, itd.). Ponieważ dno miednicy ma słabe zaczepienie w strukturach kostnych, czucie tego obszaru jest trudne. Dodatkowo czynniki kulturowe raczej nie sprzyjają dobremu kontaktowi świadomości z dnem miednicy.

Świadomość ruchu w obszarze dna miednicy można uzyskać stosując komendy „nie wprost” - intencja wykonania ich powinna w konsekwencji poruszyć właśnie struktury dna miednicy. Do najczęściej stosowanych należy komenda „podwiń kość ogonową”. Kość ogonowa w wyniku tej komendy nie ulegnie poruszeniu, natomiast zostanie wykonany skurcz mięśni przyczepiających się do kości ogonowej - dźwigacza odbytu, najsilniejszej struktury dna miednicy. Skurcz ten spowoduje podciągnięcie całego obszaru dna miednicy w stronę do przodu i do góry. W astanga jodze ruch ten określa się także jako „zbliżenie odbytu do pępka”. W czasie zajęć jogi należy ćwiczącym podać dodatkowe bardziej szczegółowe instrukcje, aby ruch został wykonany prawidłowo, np. miednica kostna

nie powinna ulec zrotowaniu, pośladki powinny pozostać rozluźnione. Niewłaściwe wykonanie tej akcji spowoduje bowiem napięcie mięśni zewnętrznych, która to akcja rozluźni dno miednicy. Także stosowanie komend wprost - „podciągnij dno miednicy” - często daje w efekcie napięcie mięśni pośladków, dno miednicy pozostanie nieaktywne.

Do przeprowadzenia treningu sensomotorycznego najlepiej zastosować takie asany, w których poprzez napięcie lub rozluźnienie mięśni rotujących uda wpływa się na napięcie lub rozluźnienie dna miednicy. Istotne jest także ustawienie tułowia względem nóg oraz grawitacji.

Następne etapy pracy ze strukturami dna miednicy to poprawa ich mocy, wytrzymałości oraz reaktywności. W przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu wszystkie te elementy są bardzo ważne. Asany jogi umożliwiają pracę na tych etapach pod warunkiem, że ćwiczący potrafi dotrzeć do właściwych struktur, czego nauczył się w pierwszym etapie pracy (treningu sensomotorycznym). Do pracy ze wzmacnianiem dna miednicy warto skorzystać z połączenia odruchowego jaki występuje pomiędzy mięśniem poprzecznym brzucha i dnem miednicy - jeśli pracuje mięsień poprzeczny brzucha (wrażenie wypłaszczenia w dolnej części brzucha), zaangażowany jest także dźwigacz odbytu. Obserwacja pracy dolnego brzucha w asanach tzw. brzusznych, daje gwarancję aktywacji dna miednicy, nawet w przypadku, gdy trening sensomotoryczny nie dał dobrych efektów.

### Relaksacja - ostatni etap ćwiczeń

Biorąc pod uwagę strukturę tkankową mięśni dna miednicy trzeba pamiętać, że po ćwiczeniach wzmacniających niezbędne jest zastosowanie w odpowiedniej ilości ćwiczeń relaksacyjnych. Relaksacja stanowi ostatni etap pracy w czasie sesji w jodze. Jest on tak samo ważny jak trening sensomotoryczny. Istnieje bardzo wiele asan jogi, które pozwalają na skuteczną relaksację dna miednicy. Wykorzystuje się do tego celu, tak samo jak w poprzednich etapach pracy, właściwą rotację nóg oraz ułożenie tułowia. Bardzo często stosuje się pozycje odwrócone, które polegają na ułożeniu miednicy odwrotnie - dno miednicy jest wyżej niż jama brzucha. Dzięki tej akcji, struktury dna miednicy ulegają odciążeniu. Należy jednak podkreślić, że pozycji odwróconych nie wykonuje się w czasie okresu. Praktyka jogi w czasie ciąży także wymaga dodatkowych instrukcji. Joga indyjska jest doskonałym środkiem wspomagającym terapię zaburzeń struktur dna miednicy, w tym nietrzymania moczu. Wyżej opisane etapy praktyki asan są szczególnie pomocne w wysiłkowym nietrzymaniu moczu. Akcent kładziony na zaangażowanie świadomości ciała raz świadomości procesów fizjologicznych pomaga w zaburzeniach reaktywności pęcherza moczowego. Relaksacja - integralny element praktyki jogi - ma zbawienny wpływ we wszystkich zaburzeniach funkcjonowania dna miednicy, obszaru szczególnie podatnego na kumulowanie wszechobecnego stresu.

# Diagnostyka fizjoterapeutyczna zaburzeń kontynencji - rola dziennika mikcji

mgr Magdalena Potoczek

Fizjoterapeuta uroginekologiczny, Fizjo-Femina, Kraków

**D**ziennik mikcji to bardzo ważne narzędzie diagnostyczne stosowane u pacjentów z różnymi zaburzeniami oddawania moczu oraz formami inkontynencji. Rzetelne i prawidłowe uzupełnienie tego formularza w znacznym stopniu ułatwia zaplanowanie procesu rehabilitacji.



Fot. Materiały autorki

## Czym jest dziennik mikcji?

Dziennik mikcji, nazywany także protokołem mikcyjnym, to formularz, który powinien wypełnić każdy pacjent, u którego występują zaburzenia oddawania moczu. Pozwala on ustalić bilans płynów oraz wychwycić nieprawidłowości w ich przyjmowaniu (osoby z nietrzymaniem moczu często, choć niesłusznie, mają tendencję do ograniczania spożycia napojów). Pokazuje również w jaki sposób funkcjonuje pęcherz moczowy (częstość i objętość oddawanego moczu w ciągu doby) oraz jak ustalić kiedy dochodzi do epizodów gubienia moczu. Formularz zawiera pytania dotyczące ilości i rodzaju wypijanych płynów, uczucia parcia na pęcherz moczowy (należy określić czy jest ono słabe, normalne czy silne) oraz ilości oddawanego moczu.

## Jak prawidłowo prowadzić dziennik mikcji?

Bardzo często zdarza się, że po opuszczeniu gabinetu, pacjent zapomina jak uzupełnić protokół i pojawia się na kolejnej wizycie z nieprawidłowym zapisem, który trzeba powtórzyć. Dlatego tak bardzo istotny jest dokładny instruktaż. Dziennik powinien być prowadzony przez 2, nawet do 5 dni, jeden po drugim. Może się zdarzyć, że jeżeli będzie wypełniany krócej, nie będziemy w stanie wychwycić pewnych cennych informacji. Zapis należy prowadzić przez całą dobę, tj. 24 godziny, uwzględniając również

nocne wizyty w toalecie. W dzienniku pacjent powinien zaznaczyć przyjmowane leki, fazę cyklu miesięcznego (u kobiet), sport, pogodę danego dnia (gorąco, zimno), gorączkę, biegunkę i inne czynniki, które mogą mieć wpływ na wynik badania. Podczas wizyty w toalecie pacjent dokonuje pomiaru objętości moczu. W tym celu podkłada pod strumień moczu kubeczek z miarką, następnie odczytuje wynik i zapisuje go w dzienniku. Najlepiej sprawdza się plastikowy kubeczek z miarką, jaki można zakupić w sklepie z farbami malarskimi (kubek do mieszania lakierów). Powinien mieć przynajmniej 500 ml pojemności. Do pomiaru ilości wypijanych płynów wystarczy ulubiony kubek, tylko należy wcześniej zmierzyć jego pojemność. Poza napojami można uwzględnić także spożycie soczystych owoców oraz zup. Notuje się każdorazowo godzinę wypicia napoju, jak i wizyty w toalecie.

## Wyniki

Wypełniony przez pacjenta dziennik mikcji podlega ocenie lekarza lub fizjoterapeuty. W pierwszej kolejności sumowana jest ilość wypitych płynów. Przyjmuje się, że należy dostarczać ok. 30 ml wody/kg masy ciała dziennie. Ilość ta może ulec zwiększeniu w przypadku kiedy istnieje ryzyko odwodnienia czyli podczas upałów, wysokiej temperatury ciała, przy biegunkach i wymiotach, oraz u osób czynnie uprawiających sport. O większe nawodnienie powinny również zadbać kobiety w ciąży, karmiące piersią oraz osoby starsze. Zapotrzebowanie na wodę jest nieco wyższe u mężczyzn, niż u kobiet. W żadnym wypadku nie należy ograniczać przyjmowania płynów. Źródłem nawodnienia organizmu są napoje, mleko i napoje mleczne, zupy oraz warzywa i owoce. Ponieważ niektóre napoje mogą działać drażniąco na pęcherz moczowy ważne jest, aby notować jakie płyny były konsumowane. Następnie ocenia się ilość wydalanego moczu w ciągu doby, objętość poszczególnych mikcji, a także częstość wizyt w toalecie w dzień oraz w nocy. W zależności od ilości wypijanych płynów człowiek wydalą około 1000-2500 l moczu/dobę. Pierwsze, delikatne parcie na pęcherz powinno odczuwać się przy jego wypełnieniu do ok. 150 ml, nie jest to natomiast jeszcze sygnał do skorzystania z toalety. Objętości poniżej 250 ml podczas jednej mikcji mogą wskazywać na patologię lub nieprawidłowe nawyki. Osoby w wieku do ok. 65. roku życia powinny odwiedzać toaletę około 4-7 razy w ciągu dnia i 0-1 razu w nocy (oczywiście jest to też zależne od tego kiedy oraz ile się pije i jakie leki się zażywa).



**Co można zdiagnozować przy pomocy dziennika mikcji?**

Na podstawie analizy dziennika mikcji można stwierdzić występowanie między innymi:

- pęcherza nadreaktywnego (OAB),
- nietrzymania moczu (dobrze, aby w dzienniku zanotować w jakiej sytuacji doszło do utraty moczu i czy była to mała czy duża ilość, czy epizod poprzedzało silne parcie na pęcherz moczowy),
- nokturii (częstomoczu nocnego, powyżej 1 razu w nocy, kiedy wybudzenie się jest spowodowane potrzebą oddania moczu),
- poliurii (wielomoczu, powyżej 3 l/dobę),
- polakisurii (częstomoczu, powyżej 7 razy/dobę),
- oligurii (skąpomoczu, poniżej 400 ml/dobę, ale nie mniej niż 100 ml/dobę),
- anurii (bezmoczu, poniżej 100 ml/dobę).

Naturalnie, dziennik mikcji nie może być traktowany jako jedyne, samodzielne narzędzie diagnostyczne, a wstępne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistyczne badania lekarskie. Należy pamiętać, że ww. zaburzenia oddawania moczu mogą być objawem poważnych chorób, nie tylko układu moczowego. Niemniej jednak uzupełnienie dziennika daje bardzo istotne wskazówki odnośnie pro-

wadzenia terapii dla fizjoterapeuty, natomiast dla pacjenta często stanowi duże zaskoczenie i motywację do podjęcia leczenia.

**Co dalej?**

Na podstawie uzyskanych wyników w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości wprowadza się celowaną fizjoterapię. Może ona dotyczyć zmiany struktury przyjmowania płynów (zwiększenie, lub zmniejszenie ilości wypijanych napojów, wykluczenie napojów moczopędnych, działających drażniąco na pęcherz moczowy, zmiana rozkładu przyjmowania płynów w ciągu dnia) oraz treningu pęcherza moczowego. Ta druga forma terapii opiera się przede wszystkim na zmniejszeniu (przy częstomoczu), lub zwiększeniu (przy skąpomoczu) ilości wypijanych płynów oraz na przywróceniu oddawania prawidłowej ilości moczu zarówno podczas jednej mikcji, jak i w sumie w ciągu doby. Pacjentów z małą pojemnością pęcherza moczowego, z objawami OAB i parciaми nagłymi, uczy się technik tłumienia parcia i dąży się do zwiększenia odległości pomiędzy mikcjami. W wielu wypadkach prowadzi się też farmakoterapię.

*Piśmiennictwo u autora*

## Badanie urodynamiczne w woj. małopolskim

**W**bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu listę pracowni urodynamicznych z województwa małopolskiego. Według zebranych danych (stan na 26 sierpnia 2015 r.), w województwie małopolskim badanie urodynamiczne można wykonać w sześciu placówkach.

Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat, liczba placówek, w których wykonywane jest badanie urodynamiczne, nie zmieniła się. Badanie urodynamiczne jest refundowane dla osób posiadających ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia. W przypadku braku ubezpieczenia bądź zakupienia usługi, koszt takiego badania to wydatek rządu 300-350 zł. Badanie urodynamiczne może zostać wykonane odpłatnie w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej i gabinetach prywatnych. Średni czas oczekiwania na badanie to okres ok. 2-4 tygodni.

Poniżej prezentujemy listę placówek z woj. małopolskiego, które przeprowadzają badanie urodynamiczne. Zastrzegamy, że lista może być niepełna, gdyż dane powstały w oparciu o informacje uzyskane od przedstawicieli danych placówek. Ponadto, nie wszystkie placówki zgodziły się udzielić nam niezbędnych informacji.

Pełen wykaz placówek wykonujących badanie urodyna-

miczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie internetowej [www.ntm.pl](http://www.ntm.pl). W razie jakichkolwiek sugestii dotyczących uzupełnienia prezentowanej listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy: [ntm@ntm.pl](mailto:ntm@ntm.pl).

**KRAKÓW**

1. NZOZ Centrum Medyczne BOMED;  
31-209 Kraków, ul. Fieldorfa Niła 14/JU1
2. Szpital św. Rafała;  
30-693 Kraków, ul. Bochenka 12
3. Szpital Uniwersytecki w Krakowie - Oddział Kliniczny Kliniki Urologii;  
31-531 Kraków, ul. Grzegórzecka 18
4. Szpital Uniwersytecki w Krakowie - Oddział Kliniczny Kliniki Ginekologii i Onkologii;  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 23
5. Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie;  
30-663 Kraków, ul. Wielicka 265

**TARNÓW**

1. CENTERMED Specjalistyczne Centrum Medyczne;  
33-100 Tarnów, ul. Słoneczna 32

# Nie ma tematów tabu, są tylko niepopularne, czyli otwarcie i odważnie o kobiecych potrzebach i problemach.

## Stowarzyszenie „Od pasa w dół”

Katarzyna Walewska

**P**otrzeba mówienia o tematach postrzeganych przez wielu jako niszowe czy tabu oraz chęć budowania świadomości wśród kobiet o tym jak wiele mogą one zrobić ze sobą i swoją kobiecością były przyczynkiem dla powstania Stowarzyszenia „Od pasa w dół”. Jego założycielką jest Katarzyna Kwiecińska, która tak tłumaczy genezę zawiązania organizacji. *Wiele lat mojego życia spędziłam w środowisku medycznym, to był świetny czas, jeden z najlepszych w moim życiu. W pewnym momencie przyszła jednak pora na zmiany. Minęło kilka lat, urodziłam dziecko i wiele spraw, które niegdyś mnie nie dotyczyły stały się codziennością. Borykałam się z powikłaniami, zdałam sobie sprawę, że trudno odnaleźć się w roli matki, zaczęłam rozmawiać z kobietami, pytałam, czytałam ankiety, szukałam wyników badań i dotarłam do wielu faktów, które mnie zaskoczyły - wyjaśnia. Postanowiłam rzucić trochę światła na niszowe tematy, które kiedyś w mojej sferze zawodowej się pojawiały, jednak były wątkami pobocznymi. Zdałam sobie sprawę z tego, że za rzadko się o nich mówi i że przyszedł czas na wyciągnięcie ich na powierzchnię - tłumaczy. Na początku pomyślałam o ginekologii estetycznej i konferencji. Chciałam pokazać kobietom jakie możliwości daje współczesna medycyna. W międzyczasie zobaczyłam, że temat jest głębszy, że trzeba zacząć od zmiany świadomości, bo nie każdy jest tak otwarty jak ja. I tak zawiązało się Stowarzyszenie „Od pasa w dół” - wyjaśnia Katarzyna Kwiecińska.*

Organizacja nie zabiega o licznych członków, gdyż nie jest najważniejsza wielkość, lecz zaangażowanie ludzi. *W czasach, kiedy mamy tak duży dostęp do nowoczesnych narzędzi marketingowych, ewentualnie posiadamy budżet - członków można mieć bardzo wielu - tłumaczy Pani Katarzyna. Nam zależy na osobach, które wyrażą chęć przyłączenia się do stowarzyszenia, bo czują taką potrzebę. Chcemy żeby były to osoby, które faktycznie chcą z nami być i dla których ta inicjatywa będzie ważna. Zgłosić się może każdy, jedyne co trzeba zrobić to wypełnić obszerną ankietę - dodaje. Obecnie Stowarzyszenie liczy ponad 100 członków - osób, które same zdecydowały o przystąpieniu do organizacji.*

Organizacja inwestuje w otwarte projekty szkoleniowe, konferencje i kongresy oraz organizuje warsztaty poświę-

cone szerokiej problematyce zdrowia intymnego kobiet, ginekologii estetycznej, psychologii czy rozwojowi osobistemu. Każde ze spotkań wsparte jest bogatą wiedzą i doświadczeniem wybitnych ekspertów, wśród nich znajdują się Omenaa Mensah czy Marek Kamiński. Mówiąc o tematach zdrowia intymnego kobiet Stowarzyszenie nie zapomina o problemie nietrzymania moczu. *To bardzo ważny temat i wbrew przekonaniu wielu, nie dotyczy tylko osób starszych. Często jest następstwem porodu, zabiegów operacyjnych, lub też pojawia się w okresie okołomenopauzalnym - tłumaczy Katarzyna Kwiecińska. Stowarzyszenie podkreśla, że NTM jest jednym z kluczowych zagadnień,*

*dlatego organizacja chce mówić o profilaktyce, o tym co może niepokoić kobiety, co się może dziać po porodzie, do jakich specjalistów trzeba się udać zawczasu z problemem. Boli mnie, że kobiety uczą się żyć z NTM, zamiast coś z nim zrobić. Jest tak wiele metod profilaktyki, leczenia lub zmniejszenia skutków*

*tej dolegliwości. Nie rozumiem dlaczego w telewizji mówi się do nas jedynie „kup suplement diety”, „kup higieniczną wkładkę”. My chcemy mówić otwarcie, „zrób coś z tym, to nie jest normalne, że nie możesz podbiec, to nie jest normalne, że boisz się kichnąć” - dodaje.*

Poprzez liczne spotkania i kursy, Stowarzyszenie stara się oswoić kobiety z tematami, które dla wielu z nich były dotąd niszowe i wstydlive, o których publicznie nie rozmawiały. *Chyba nie ma dla mnie tematów tabu, są tylko tematy niepopularne - tłumaczy prezes Stowarzyszenia. Tematy, które nagłaśniamy to codzienność większości kobiet: związki, seks, problemy zdrowotne okolic intymnych, trudne porody, życiowe traumy... nie możemy się sami siebie wstydzic - dodaje. Uważam, że to my budujemy dookoła siebie mur, fundamenty kopią nasi rodzice, którzy od najmłodszych lat pokazują dziecku, że o niektórych rzeczach się nie dyskutuje. Nie przyznają się do tego, że uprawiają seks, nie mówią dlaczego taka forma bliskości jest dla ludzi ważna. Matki często nie wiedzą jak rozmawiać z córkami o ich seksualności, tylko straszą ciężką, jakby to była najgorsza rzecz, która może się im przytrafić. Niektóre tematy trzeba oswoić, to bardzo ważne żeby po prostu rozmawiać - wyjaśnia. Jako Stowarzyszenie chcemy temu sprzyjać budując środowisko odpowiedzialne do dyskusji - dodaje.*

Od  
pasa  
w  
dół

# Chcesz otrzymywać wszystkie numery **Kwartalnika NTM**? Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery)

## KWARTALNIK



**STUDIO PR**

ul. Hajoty 49, 01-821 Warszawa

Nr rachunku odbiorcy

**20 1140 2017 0000 4902 0451 3842**

kwota

**38.00**

Dowód pokwitowania dla odbiorcy

Imię, nazwisko i adres wplacającego

Tytułem

**Krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“**

- Wyrażam zgodę na zamieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie adresowej Studia PR. Dane podlegają ochronie zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883)
- Upoważniam firmę Studio PR do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu

STEMPEL  
DZIENNY

PODPIS

OPŁATA

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy	STUDIO PR
nazwa odbiorcy cd.	
UL. HAJOTY 49, 01-821 WARSZAWA	
i.k.	nr rachunku odbiorcy
2 0 1 1 4 0 2 0 1 7 0 0 0 0 4 9 0 2 0 4 5 1 3 8 4 2	
W P P L N 3 8 , 0 0	
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)	
nazwa zleceniodawcy	
nazwa zleceniodawcy cd.	
tytułem	Krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“
tytułem cd.	
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy	

Opłata:

## RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM



**Prof. dr hab. n. med.  
Włodzimierz Baranowski**

Kierownik Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MON Wojskowego Instytutu Medycznego



**Prof. dr hab. n. med.  
Barbara Biń**

Kierownik Kliniki Geriatrii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW w Białymstoku



**Prof. dr hab. n. med.  
Tomasz Rechberger**

Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



**Prof. dr hab. n. med.  
Zbigniew Wolski**

Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy



### KONSULTANT MEDYCZNY

**dr n. med.  
Mariusz Blewniewski**

Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

**INFOLINIA: 801 800 038** (dla telefonów stacjonarnych)  
**22 279 49 08** (dla telefonów komórkowych)

Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia, pod którą wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje na temat problemu nietrzymania moczu.

Telefon jest czynny w dni powszednie w godz. 9.00-17.00.  
Całkowity koszt połączenia wynosi 0,29 zł plus VAT.



# Chcesz wiedzieć więcej?

Już teraz zamów najpopularniejsze publikacje o NTM  
Książki można zamówić drogą elektroniczną lub telefonicznie



23,00 zł



19,90 zł

SEKS U LUDZI BIZNESU  
funkcje i dysfunkcje seksualne  
w nowej grupie pacjentów



10,00 zł

Praca zbiorowa pod redakcją:  
prof. Zbigniewa Lwa Starowicza, prof. Włodzimierza Baranowskiego,  
dr hab. Piotra Radziszewskiego

IEB  
INVESTMENT

Szczegóły na stronie  
[www.ntm.pl](http://www.ntm.pl)

oraz pod numerem infolinii  
**801 800 038**  
(dla telefonów stacjonarnych)

lub **22 279 49 08**  
(dla telefonów komórkowych)